

Nom, Prénom :	
Sexe :	F M
N.A.M. :	Exp. :(_____)
D.D.N. : (a/m/j)	
No dossier :	

ATTESTATION D'INSUFFISANCE SÉVÈRE AU PLAN CARDIOVASCULAIRE DANS LE BUT D'OBTENIR UN FAUTEUIL ROULANT MOTORISÉ

Adresse de l'usager : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone travail : _____

La présente atteste que mon patient ci-haut mentionné a une insuffisance sévère au plan cardiovasculaire de classe III de la classification fonctionnelle du déficit cardiovasculaire utilisée par la New York heart Association et dont la mesure est réalisée lorsque le bénéficiaire est sous traitement optimal et que l'insuffisance est présente depuis plus de six mois.

Nom du cardiologue
(en lettres moulées) : _____

Numéro de permis : _____

Téléphone : _____

Date : _____

Signature : _____