

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

Dans les 14 jours suivant l'admission/la sortie du patient

**Notification de prise en charge / de sortie d'un bénéficiaire
dans le cadre d'un projet thérapeutique**

Identification du bénéficiaire :

Nom, prénom

Adresse

NISS

Le soussigné, agissant en tant que coordinateur
administratif du projet thérapeutique portant le numéro et
s'adressant aux enfants/adolescents - adultes - personnes âgées
présentant une problématique psychiatrique de type (code ICD / DSM)
.....

Notifie par la présente que le bénéficiaire susmentionné :

- est bénéficiaire du projet thérapeutique depuis le
- a quitté le projet thérapeutique en date du

Fait à

Le

Signature :