

Certificat

En tant que médecin traitant de

Madame/Monsieur

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Rue:

Code postal / Ville:

je certifie qu'il / elle souffre d'une **maladie chronique**. Il / Elle est patient(e)

- dialysé/e (shunt à gauche / à droite)
- greffé/e de (rein, cœur, foie, poumon)
- diabétique

Par conséquent, il / elle dépend des **médicaments vitaux** ci-dessous:

.....
.....
.....
.....

Remarques:

.....
.....
.....

Il / Elle est tenu/e de prendre les médicaments ci-dessus respectivement à petits intervalles réguliers ou en cas de besoin.

Pour les diabétiques, **il est nécessaire d'avoir** sur eux des piqûres qui les rendent capables de régler de la glycémie à tout moment.

Pour ces patients, il est, dans des situations bien déterminées comme des voyages aériens, par exemple, d'importance vitale d'avoir une quantité suffisante de ces médicaments dans leurs bagages à main, quantité qui corresponde à la durée du voyage et qui soit suffisante pour une durée d'au moins trois jours.

.....
Lieu, date

.....
Cachet et signature du médecin