

## Prescription médicale

Je soussigné(e), Docteur..... demande  
l'admission dans le service de l'Équipe Spécialisée Alzheimer du SSIAD de Caylus pour  
des soins de réhabilitation et d'accompagnement de :

Monsieur / Madame.....

Adresse

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

Numéro d'immatriculation sécurité sociale : .....

Diagnostic :

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

Traitement :

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

MMS.....

GIR.....

Date .....

Cachet du Médecin

Signature du médecin