

**DEMANDE D'ACCORD PREALABLE
D'EVASAN NON URGENTE
PAR MEDECIN LIBERAL DE MAYOTTE
POUR PATIENT NON HOSPITALISE**

Joindre à cette demande à destination de la Commission Médicale des Evacuations sanitaires* :

- 1 - Photocopies de la pièce d'identité et de l'attestation de droits CSSM/MGEN/MSA *en cours de validité*
- 2 - Justificatif de la date et l'heure d'entrée prévue à l'hôpital ou de l'examen médical
- 3 - Accord du médecin receveur mentionnant sa connaissance préalable du dossier du patient
- 4 - Avis médical éventuel d'un spécialiste compétent de Mayotte justifiant l'évacuation sanitaire
- 5 - Autorisation parentale de transport et de soins si enfant mineur (avec copie de la pièce identité du parent)

Personne bénéficiaire du transport

Nom et prénom

H F Date de naissance

NIR _ _ _ _ _

Adresse

Tél/Mél

Personne à contacter

Tél/Mél

Trajet du domicile de Mayotte à l'hôpital receveur

- Hospitalisation complète (hébergement hospitalier)** **Hospitalisation de jour / examen médical**

Nom et commune/département de l'hôpital receveur

Date et heure du rendez-vous

Nom et prénom du médecin receveur

Service hospitalier

Tél/Mél

Transport médicalisé/paramédicalisé/social oui non

Si oui, préciser l'autonomie :

ainsi que le conditionnement siège civière

Souhait d'un accompagnement familial oui non

Si oui, motif de l'accompagnement (en dehors enfant moins 16 ans) :

Éléments d'ordre médical (préciser la nature des soins - *non réalisables à Mayotte* - justifiant le déplacement)
et commentaires éventuels (en particulier si *choix de la métropole* plutôt que La Réunion)

Identification du médecin prescripteur

Nom et prénom

Identifiant (n° RPPS)

Adresse professionnelle à Mayotte

Tél/Mél

Date

Signature

