CERTIFICAT MEDICAL

dans le cadre d'une demande de remboursement de

PRODUITS ABSORBANTS POUR INCONTINENCE

Je soussigné....., docteur en médecine,

certifie que …..... , né(e) le …....

présente une incontinence

urinaire	nocturne	totale	temporaire
et/ou	et/ou		
fécale	diurne	partielle	définitive

dont le diagnostic est d' :

- origine centrale suite à

…..
.....
.....
…..
.....

- origine périphérique : urinaire / digestive

…..... , le …....

Signature et cachet :