

Attestation de participation à la permanence des soins Ambulatoires



SAMI de * : _____



94- Val de Marne

Mois de * : _____
2013

**NB: les remplaçants thésés remplissent une fiche à leur nom (paiement individuel)
Les remplaçants non thésés remplissent la fiche au nom du titulaire Libéral.**

Docteur (Nom Prénom)*	_____		
FNPS (N° Adéli)*	_____		
et / ou RPPS*	_____		
Adresse prof. (ou perso. pour les remplaçants)*	CP :	Ville:	
Téléphone	Portable:	Fixe:	
Courriel*	_____		

* Obligatoire							
Jour de la semaine	Date <small>jj/mm/aaaa</small>	Médecin <small>effecteur de l'astreinte</small>	Statut <small>LIB (Libéral) OU Rempla Thésé (RT) /non Thésé (RNT)</small>	Horaires de Garde réellement effectués			
				<small>Heure début</small>	<small>Heure fin</small>	<small>Nbre d'heures</small>	<small>Nbre d'actes</small>
Merci de remplir une ligne par 4 h maxi. En cas d'astreinte > 4 heures, il faut noter le nombre de patients vus les 4 premières h, puis dans une ligne suivante, les patients vus au delà (une garde de 6 h = 4h + 2h ; une garde de 5h = 4h + 1h)							
<small>exemple: Dimanche</small>	<small>03/03/2013</small>	<small>Paul MARTIN</small>	<small>RT</small>	8h	12h	4	6
<small>Dimanche</small>	<small>03/03/2013</small>	<small>Paul MARTIN</small>	<small>RT</small>	12h	14h	2	1
				h *	h *		*
				h *	h *		*
				h *	h *		*
				h *	h *		*
				h *	h *		*
				h *	h *		*
				h *	h *		*
				h *	h *		*
				h *	h *		*
				h *	h *		*
				h *	h *		*

Document à laisser sur place au SAMI, et collecté par le responsable du SAMI puis transmis au Coordinateur au plus tard le 5eme jour ouvré du mois suivant

Une attestation individuelle vous parviendra par courriel qu'il conviendra de vérifier, signer, tamponner.

Mentionner ici le Nom du Médecin titulaire (Libéral) titulaire des astreintes (si remplacé): _____

Je soussigné, Docteur (ou Mr/Mme si Non thésé)* _____

atteste avoir participé à la permanence des soins,

et reconnais sur l'honneur l'exactitude des données aux dates et heures mentionnées ci-dessus.

Fait à: _____

le: _____ / _____ /2013

Signature du médecin effecteur*