

**Identité du professionnel assuré** *N. B. Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire au verso.*

Nom de famille à la naissance	Prénom
-------------------------------	--------

Numéro de permis	Numéro d'assurance maladie	Date de naissance Année Mois Jour
------------------	----------------------------	--------------------------------------

**1. Diagnostic** **Déclaration du médecin traitant** (à remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

Principal : \_\_\_\_\_  
 Secondaire : \_\_\_\_\_  
 Complications : \_\_\_\_\_

Dans le passé, pour le ou les diagnostics qui figurent ci-dessus (ou les symptômes associés), ce patient a déjà :  reçu des traitements  consulté un médecin  pris des médicaments  été hospitalisé  subi des examens

Précisez les périodes : ▶ .....  
 .....  
 .....

L'incapacité est liée à :  un acte criminel  une maladie professionnelle  un accident du travail  un accident d'automobile

une grossesse Date prévue de l'accouchement Année Mois Jour  un retrait préventif

Date de l'évènement Année Mois Jour

Décrivez les limitations ou restrictions fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles : \_\_\_\_\_

**2. Traitement**

Médicaments (nom - posologie) : \_\_\_\_\_

Le patient a subi ou subira :  
 des examens ou des tests  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_  
 une opération  Non  Oui  chirurgie d'un jour Nature de la chirurgie \_\_\_\_\_ Date de la chirurgie Année Mois Jour  
 d'autres traitements  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_  
 une hospitalisation  Non  Oui du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Année Mois Jour Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_  
 un court séjour en observation N<sup>bre</sup> hres \_\_\_\_\_ Précisez : \_\_\_\_\_

**3. Suivi et pronostic**

Date du début de l'invalidité Année Mois Jour Date de la première consultation Année Mois Jour Date de la prochaine consultation Année Mois Jour Fréquence du suivi

Orientation vers un autre médecin  Non  Oui Nom du médecin \_\_\_\_\_ Spécialité \_\_\_\_\_ Date de la consultation Année Mois Jour

Durée approximative de l'incapacité N<sup>bre</sup> jours : \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> semaines : \_\_\_\_\_ Indéterminée

Date de recouvrement de l'aptitude au travail (réelle ou prévue) Année Mois Jour  À temps plein  Retour progressif Précisez : \_\_\_\_\_

**4. Identité du médecin traitant**  Omnipraticien  Spécialiste Précisez :

Nom	Prénom	Numéro de permis
Adresse (numéro, rue, ville)		Code postal
SIGNATURE		DATE Année Mois Jour
TÉLÉPHONE IND. REGIONAL ( )		

