

**CE DOCUMENT EST À ADRESSER AU MÉDECIN CONSEIL – À COMPLETER PAR LE MÉDECIN TRAITANT****IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E)**

Madame  Mademoiselle  Monsieur Sociétaire n° \_\_\_\_\_ Contrat n° \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_  
Né(e) le |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| à (commune) \_\_\_\_\_ Département |\_\_| |\_\_| |\_\_| Pays \_\_\_\_\_  
Profession \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL**

1 – Date de l'arrêt de travail actuel : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

2 – Cause de l'arrêt de travail :

Accident : date circonstances et bilan lésionnel

---

---

---

Maladie : nature exacte

---

---

---

3 – A quelle date sont apparus les 1<sup>ers</sup> symptômes ? |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

4 – A quelle date l'affection a-t-elle été diagnostiquée pour la 1<sup>ère</sup> fois ? |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

5 – Résumé de l'ensemble du passé médical (antécédents distincts de l'affection justifiant de l'arrêt de travail actuel)

Diagnostic : \_\_\_\_\_ Epoque : \_\_\_\_\_

Traitement suivi : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_ Epoque : \_\_\_\_\_

Traitement suivi : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

6 – Description de l'état de santé actuel : \_\_\_\_\_

---

---

---

7 – Préciser le traitement médical mis en œuvre

- initial :

---

---

---

- actuel :

---

---

---

