

FORMULAIRE

**Renseignements détaillés sur la prescription d'arrêt de travail (initial ou prolongation)
à transmettre au service du contrôle médical désigné**

Nom – Prénom

Adresse

Numéro d'immatriculation

MALADIE Accident de Travail /Maladie Professionnelle :

Date de début de l'arrêt de travail : / /

Prescription d'arrêt de travail en cours : Arrêt initial :

Prolongation : du / /

Jusqu'au : / /

Date de fin prévisible de l'arrêt de travail : / /

Diagnostic(s) de l'affection motivant la prescription d'arrêt de travail

Arguments cliniques et résultats éventuels des examens complémentaires récents significatifs

Projet thérapeutique détaillé : spécialités pharmaceutiques – autres soins y compris para-médicaux

Eléments constitutifs de l'incapacité de travail

- Profession actuelle
- Signes fonctionnels de l'incapacité de travail en rapport avec la profession
- Facteurs sociaux associés

Date

Identification du praticien

Signature du praticien