

**accidents du travail et maladies
professionnelles
protocole pour soins après consolidation**
définis et prescrits par le médecin traitant en accord avec le médecin conseil

volet 1
à conserver
par le médecin
traitant

l'assuré(e) (à compléter par le médecin conseil)

• identification de l'assuré(e)

nom de naissance (*suivi s'il y a lieu du nom d'usage*)-prénom

adresse

code postal commune

numéro d'immatriculation

accident du travail ou maladie professionnelle du consolidé(e) le

rechute du consolidée le

informations (à compléter par le médecin traitant)

• nature et localisation des séquelles imputables à l'accident ou à la maladie pour lesquelles les soins sont nécessaires

• programme de soins proposé

• actes médicaux – nature, périodicité

• prescriptions pharmaceutiques – nature, posologie

• actes para-médicaux – nature, rythme

• autres

durée proposée : période du au

médecin traitant

avis du médecin conseil

accord (total ou partiel) pour la période

du au

désaccord

une notification de refus est adressée, le cas échéant, à la victime

signature et cachet du médecin conseil

signature et cachet du médecin traitant ou de l'établissement

date

date

La loi 78-17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

**accidents du travail et maladies
professionnelles**
protocole pour soins après consolidation
définis et prescrits par le médecin traitant en accord avec le médecin conseil

volet 2
à remettre ou à
envoyer par le
médecin traitant à
la victime,
en cas d'accord

l'assuré(e) (à compléter par le médecin conseil)

• **identification de l'assuré(e)**

nom de naissance (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)-prénom

adresse

code postal commune

numéro d'immatriculation

accident du travail ou maladie professionnelle du consolidé(e) le

rechute du consolidée le

informations (à compléter par le médecin traitant)

• **nature et localisation des séquelles imputables à l'accident ou à la maladie pour lesquelles les soins sont nécessaires**

• **programme de soins proposé**

• **actes médicaux – nature, périodicité**

• **prescriptions pharmaceutiques – nature, posologie**

• **actes para-médicaux – nature, rythme**

• **autres**

durée proposée : période du au

médecin traitant

avis du médecin conseil

accord (total ou partiel) pour la période

du au

désaccord

une notification de refus est adressée, le cas échéant, à la victime

signature et cachet du médecin conseil

signature et cachet du médecin traitant ou de l'établissement

date

date

accidents du travail et maladies
professionnelles
protocole pour soins après consolidation
définis et prescrits par le médecin traitant en accord avec le médecin conseil

volet 3
à conserver
par le
médecin conseil

l'assuré(e) (à compléter par le médecin conseil)

• **identification de l'assuré(e)**

nom de naissance (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)-prénom

adresse

code postal commune

numéro d'immatriculation

accident du travail ou maladie professionnelle du consolidé(e) le

rechute du consolidée le

informations (à compléter par le médecin traitant)

• **nature et localisation des séquelles imputables à l'accident ou à la maladie pour lesquelles les soins sont nécessaires**

• **programme de soins proposé**

• **actes médicaux – nature, périodicité**

• **prescriptions pharmaceutiques – nature, posologie**

• **actes para-médicaux – nature, rythme**

• **autres**

durée proposée : période du au

médecin traitant

avis du médecin conseil

signature et cachet du médecin traitant ou de l'établissement

accord (total ou partiel) pour la période

du au

désaccord

une notification de refus est adressée, le cas échéant, à la victime

signature et cachet du médecin conseil

date

date

La loi 78-17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

649-03-2001

