

À FAIRE REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT OU LE MÉDECIN SPÉCIALISTE

Je soussigné(e) Docteur certifie avoir examiné
M Taille : Poids :
et certifie ce qui suit :

MOTIF DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

En cas de MALADIE, compléter les rubriques suivantes :

- | | | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|---|------------------------------|------------------------------|
| • Pathologie lombaire | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | ⇔ | avec radiculalgies | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Pathologie dorsale | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | ⇔ | avec radiculalgies | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Pathologie cervicale | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | ⇔ | avec radiculalgies | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Dépression nerveuse | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | ⇔ | réactionnelle | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Autre pathologie psychiatrique | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | ⇔ | nature exacte : | | |
| • Grossesse | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | ⇔ | date du diagnostic de grossesse : | | |
| • Autre : | | | | | | |

Concernant la MALADIE à l'origine de l'arrêt de travail actuel, donner les précisions suivantes :

Date exacte de la première constatation médicale :

Épisode actuel :

- Date de début :
- Date de l'arrêt de travail :
- Traitements (joindre la photocopie des ordonnances) :

• Évolution probable :

• Intervention chirurgicale OUI NON ⇔ Si oui, date :

• PATHOLOGIES ASSOCIÉES OUI NON ⇔ Préciser et dater :

⇔

⇔

• ANTÉCÉDENTS OUI NON ⇔ Préciser et dater :

⇔

⇔

En cas d'ACCIDENT, compléter les rubriques suivantes :

• Date et circonstances de l'accident :

• Nature et siège des lésions :

• Traitements :

• À quelle date peut-on envisager la consolidation ? :

• Y aura-t-il des séquelles ? :

PRÉCISER LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES EFFECTUÉS :

DATE	NATURE DE L'EXAMEN	RÉSULTATS <i>Joindre la photocopie des comptes rendus</i>

APTITUDE À TRAVAILLER

Le jour de l'examen, votre patient est-il capable :

• d'exercer son activité :

à temps complet

NON OUI

à compter du

à temps partiel

NON OUI

à compter du

avec aménagement du poste

NON OUI

si OUI, dans quelles conditions :

↳

• d'exercer une autre activité :

à temps complet

NON OUI

à compter du

à temps partiel

NON OUI

à compter du

avec aménagement du poste

NON OUI

si OUI, dans quelles conditions :

↳

• de se déplacer seul

NON OUI

à compter du

• Si votre patient a repris le travail, veuillez indiquer la date

Certificat confidentiel établi à la demande de l'assuré(e) et remis à celui-ci en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

Fait à :

Le
Signature

CACHET DU MÉDECIN

