

## CERTIFICAT MÉDICAL POUR INVALIDITÉ

40170

Ce formulaire est destiné à être joint à toute demande de pension d'invalidité. Après avoir complété personnellement les cadres 1 et 2, vous devrez faire remplir les cadres 3 à 7 par votre médecin traitant. **Complété avec soin, il peut vous dispenser d'être convoqué(e) par un médecin expert.**

Merci d'adresser ce document dans l'enveloppe spéciale ci-jointe portant la mention « confidentiel, secret médical » au médecin conseil de la Cipav 9 rue de Vienne, 75403 Paris cedex 08. Nous vous invitons à joindre les justificatifs médicaux en votre possession qui aideront au traitement de votre demande de prestation.

### 1 ► **Votre identité** à remplir obligatoirement par l'assuré(e)

Informations en notre possession :	Informations à mettre à jour si nécessaire :
Référence Cipav :	
N° de Sécurité sociale :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom :	.....
Prénom :	.....
Date de naissance :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Profession :	.....
Adresse :	.....
	.....
	.....
	.....

### 2 ► **Votre demande de pension** à remplir obligatoirement par l'assuré(e)

Je sollicite une pension d'invalidité.

Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité :  Oui  Non Si oui, taux de la pension : ..... %

Coordonnées de l'organisme : .....

.....

### À l'attention du médecin traitant :

Nous vous remercions de remplir intégralement et avec le plus grand soin ce document en décrivant la situation

9, rue de Vienne - 75403 Paris cedex 08 - T. 01 44 95 68 49 - [www.lacipav.fr](http://www.lacipav.fr)

Du lundi au vendredi : ouverture des bureaux de 9h45 à 16h30 et renseignements téléphoniques de 9h00 à 16h50  
clinique actuelle (handicap de votre patient, retentissement fonctionnel et professionnel), en mentionnant les

traitements suivis et en étant le plus précis possible notamment sur les dates et le stade d'évolution des affections mentionnées.

3

► **Identité du médecin** à remplir obligatoirement par le corps médical

Je soussigné :

N° d'inscription à l'ordre des médecins :

Nom et prénom du médecin : .....

demeurant à : .....

déclare avoir examiné le ...../...../..... M. ....

demeurant à .....

4

► **Pathologie à l'origine de l'invalidité** à remplir obligatoirement par le corps médical

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

début de la pathologie :

5

► **Nature et origine de l'affection** à remplir obligatoirement par le corps médical

• L'affection entraîne-t-elle pour l'assuré(e) une incapacité totale d'exercer sa profession libérale ?  Oui  Non

Si oui, depuis quelle date ?    Jusqu'à quelle date prévisible ?

• L'affection permet-elle à l'assuré(e) d'exercer partiellement sa profession libérale ?  Oui  Non

Si oui, depuis quelle date ?

Dans quelles conditions : .....

• L'état de santé est-il stabilisé ?  Oui  Non

Si oui, date de consolidation    ?

Si non, évolution prévisible vers une reprise d'activité possible :  totale dans les .....mois.

partielle dans les ..... mois.

• Nature des traitements en cours : .....

• Taux d'invalidité fonctionnelle : .....%

• Taux d'invalidité professionnelle .....%

6

► **Informations complémentaires** à remplir obligatoirement par le corps médical

**1. État général**

Taille : ..... Poids : ..... Signes de sénilité : .....

**2. Appareil cardio-vasculaire :**

Cœur : ..... État des artères : .....

T.A. : ..... Œdèmes : .....

**3. Appareil respiratoire :**

Troubles fonctionnels : .....

Examen clinique : ..... Radios : .....

**4. Appareil uro-génital :**

Éléments anormaux : sucre : ..... albumine : .....

Trouble de miction : ..... Pollakiurie : .....

Nombre de grossesses : ..... Prolapsus : .....

**5. État neuro-psychique :**

Trouble de la parole : ..... de l'équilibre : ..... de la marche : .....

Réflexes : ..... Fonctions intellectuelles : .....

Mémoire ..... Psychisme : .....

**6. Appareil digestif :**

Doléances : ..... Examens cliniques : .....

**7. Organes des sens :**

Acuité visuelle : O.D. : ..... O.G. : .....

Ouïe : .....

**8. Rhumatismes :**

Chroniques : ..... Localisations : .....

Déformations : ..... Conséquences : .....

**9. Autres appareils :** .....

7

**► Conclusions du médecin** *diagnostic*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à : ....., le : ...../...../..... **Signature et cachet du médecin traitant :**