



## À l'attention du médecin :

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

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

Date de début de la pathologie :

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

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

Si oui, depuis le :

Si non, prochain examen médical prévu dans les .....mois

● Nature des traitements en cours : .....

● Taux d'invalidité professionnelle : .....%

● L'affection permet-elle à l'assuré(e) d'exercer sa profession libérale de manière :  partielle  
 totale

Depuis le :    jusqu'au :

Dans quelles conditions : .....

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

**1. État général**

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

**2. Appareil cardio-vasculaire :**

Coeur : ..... État des artères : .....

T.A. : ..... OEdèmes: .....

**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 :**