



RAPPORT MEDICAL D'INAPTITUDE AU TRAVAIL

Cet imprimé est destiné à être joint à toute demande de liquidation ou de révision d'un avantage vieillesse au titre de l'inaptitude au travail. Après avoir complété personnellement le cadre 1, le demandeur devra faire remplir le cadre 2 (constituant le certificat médical proprement dit) par son médecin traitant. Ce document mis sous pli portant la mention "confidentiel, secret médical" sera adressé à la Caisse indiquée sur l'enveloppe spéciale ci-jointe.

CADRE 1 (A REMPLIR PAR LA PERSONNE A EXAMINER)

Form fields for personal information: Nom, Prénom, Nom de jeune fille, Date de naissance, Adresse, Bât, Etage, Tél, Situation de famille, and Numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale.

Table with 3 columns: NATURE DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES QUE VOUS AVEZ EXERCEES AU COURS DE VOTRE EXISTENCE, Durée d'exercice, Age du salarié au début de l'activité.

Conditions particulières d'exercice de ces activités :

Activité professionnelle actuelle : salarié - non salarié - temps complet - temps partiel
Date d'arrêt de travail : Pour quelle raison ?
Etes-vous inscrit(e) comme demandeur d'emploi au service de la main d'oeuvre ?
Percevez-vous des indemnités journalières de la sécurité sociale ?
Adresse de votre centre de sécurité sociale
Etes-vous titulaire de rentes "accidents du travail"
Quels sont leurs taux ?
Etes-vous titulaire d'une pension au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ?
Quel est son taux ?

SITUATION DE LA PERSONNE A EXAMINER PENDANT LA PERIODE DE GUERRE

Avez-vous été mobilisé ? Si oui combien de temps :
Avez-vous été prisonnier ? Si oui combien de temps :
Dans quel pays et dans quel camp ?

IMPORTANT - La loi rend passible et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 377-1 du code de la sécurité sociale, Art. L. 441-1 du code pénal).

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_
SIGNATURE,

**A L'ATTENTION DU MEDECIN DE L'ASSURE**

Il est instamment demandé au Médecin traitant de bien vouloir préciser notamment les DATES et le STADE D'EVOLUTION des affections, maladies chroniques, traumatismes et infirmités mentionnées sur son certificat. Il convient également que soit signalée toute date D'INTERVENTION CHIRURGICALE.

Le Dr ..... demeurant : .....

déclare avoir examiné

N° d'inscription au Conseil  
de l'ordre des médecins

M ..... demeurant : .....

	MEDECIN TRAITANT	MEDECIN CONSEIL
Maladies antérieures		
Infirmités		
Affections motivant la requête		
<b>1 ETAT GENERAL</b>		
Taille		
Poids		
Sénilité (âge apparent)		
<b>2 TEGUMENTS</b>		
<b>3 APPAREIL RESPIRATOIRE</b>		
Troubles fonctionnels		
Examen clinique		
Radios		
<b>4 APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE</b>		
Troubles fonctionnels		
Coeur		
T.A.		
Artères		
Veines		
Oedèmes		
<b>5 APPAREIL DIGESTIF</b>		
Doléances		
Examen clinique		

	MEDECIN TRAITANT	MEDECIN CONSEIL
<b>6 PAROI ABDOMINALE</b> Hernies Eventration		
<b>7 APPAREIL URO-GENITAL</b> Eléments anormaux <i>(sucre - albumine)</i> Pollakiurie Nombre de grossesses Prolapsus <i>Indiquer le degré            et les complications</i>		
<b>8 ETAT NEUROPSYCHIQUE</b> Troubles de la parole " de l'équilibre " de la marche Réflexes Fonctions intellectuelles Mémoire Psychisme		
<b>9 ORGANES DES SENS</b> VUE O.D. <i>Après correction O.G.</i> OUIE		
<b>10 OS et ARTICULATIONS</b> Localisations Déformations  Impotence fonctionnelle		
<b>11 AUTRES APPAREILS</b> Examens de laboratoire		

**LOI DU 31.12.1971 - ARTICLE L. 333**

**VOIR AU DOS**

*Peut être reconnu inapte au travail l'assuré qui n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé et qui se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail de 50 % médicalement constatée compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle.*

Réf. S5940 C - 05/2008

**AVIS DU MEDECIN TRAITANT SUR L'INAPTITUDE**

**CONCLUSIONS**

Principale cause d'inaptitude

QUEL EST VOTRE AVIS SUR LA REDUCTION DE LA CAPACITE DE TRAVAIL DE L'INTERESSE (E) ?

S'AGIT-IL D'UN ETAT DEFINITIF ?

L'ETAT DE SANTE DU REQUERANT NECESSITE-T-IL l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ? (se lever - se vêtir et se dévêtir - marcher - aller à la selle - manger et boire - mettre son appareil orthopédique).

Dans l'affirmative depuis quelle date ?

Fait à ....., le .....

**SIGNATURE ET CACHET,**

**CONCLUSIONS DU MEDECIN CONSEIL**

Examens complémentaires éventuellement demandés

Diagnostic des "A.T."

Diagnostic de l'article 115

Affections imputables à la captivité

**CONCLUSIONS MEDICALES :** .....

.....

.....

Diagnostic de l'affection principale ..... 

--	--	--	--	--

Cause des délais : avis spécialisé  enquête  convocations multiples  autres motifs

ETANT DONNE : L'AVIS DU MEDECIN TRAITANT - L'AVIS DU MEDECIN DU TRAVAIL et L'EXAMEN DU MALADE

**INAPTE**                      à compter du .....

LE REQUERANT ME PARAIT

**NON INAPTE**

L'ETAT DE SANTE DE L'ASSURE NECESSITE-T-IL L'ASSISTANCE D'UNE TIERCE PERSONNE POUR EFFECTUER LES ACTES ORDINAIRES DE LA VIE ?

à compter du .....

A ..... le .....

Nom et qualité du Médecin soussigné : .....

Numéro de ce Médecin Conseil : 

--

**SIGNATURE ET CACHET,**