



**PRÉFET
DE LA HAUTE-SAVOIE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL NOTICE MÉDICALE CONFIDENTIELLE

A compléter par le Médecin traitant ou le Médecin consultant
et à adresser au Médecin président du Conseil Médical

<i>Objet de la demande</i>	Cadre réservé au Médecin président du Conseil Médical	
	Article arrêté du 14/03/86	Code CIM 10

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(LA) PATIENT(E) (à compléter par l'agent)

Administration :

Nom, nom de jeune fille, prénom :

Date de naissance :

Situation familiale : _____

Adresse :

Fonction : ____

Description du poste : _____

Nom du Médecin traitant :

Nom du Médecin spécialiste :

PATHOLOGIE(S) AUTRE(S) QUE MENTALE(S)

L'arrêt fait-il suite ou est-il en rapport avec :

☐ Un accident de vie privé ☐ Une maladie professionnelle ☐ Un accident du travail (service)

1. ANTECEDENTS

2. HISTOIRE DE LA MALADIE

3. SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

CIM-10

--	--

4. SI AFFECTION CANCEREUSE (Codage TNM / Existence de métastases)

5. EVENTUELLE(S) AFFECTION(S) ASSOCIEE(S)

6. COMPTE-RENDU DE CONSULTATION SPECIALISEE

7. EXAMENS COMPLEMENTAIRES ET DATE

Biologie

Imagerie

8. TRAITEMENTS (JOINDRE ORDONNANCES)

9. EVOLUTION PREVISIBLE

PATHOLOGIE(S) MENTALE(S)

1. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

2. HISTOIRE DE LA MALADIE

3. SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC CIM 10 | | | | |--|--|--| | | | | |--|--|--|

4. TRAITEMENTS

Médicamenteux (joindre la dernière ordonnance)

Suivi psychiatrique

Nom du médecin

Rythme des consultations, hospitalisation

5. EVOLUTION PREVISIBLE

PERSPECTIVES DE REPRISE

A quelle date pourrait reprendre l'agent ? _____

☐ A temps complet

☐ A temps partiel thérapeutique (quotité ____ %). Quelle durée prévisible ? _____

Un aménagement de poste doit-il être envisagé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui lequel

Un changement de poste doit-il être envisagé ? ☐ Oui ☐ Non

A _____ Le _____
(Signature et tampon)