

accidents du travail et maladies professionnelles



volet 1
à conserver
par le médecin
traitant

protocole pour soins après consolidation

définis et prescrits par le médecin traitant en accord avec le médecin conseil

l'assuré(e) (à compléter par le médecin conseil)

- identification de l'assuré(e)

nom de naissance (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)-prénom

adresse

code postal

commune

numéro d'immatriculation

accident du travail ou maladie professionnelle du

consolidé(e) le

rechute du

consolidée le

informations (à compléter par le médecin traitant)

- nature et localisation des séquelles imputables à l'accident ou à la maladie pour lesquelles les soins sont nécessaires

- programme de soins proposé

- actes médicaux – nature, périodicité

- prescriptions pharmaceutiques – nature, posologie

- actes para-médicaux – nature, rythme

- autres

durée proposée : période du _____ au _____

médecin traitant

avis du médecin conseil

accord

(total ou partiel) pour la période

du

au

désaccord

signature et cachet du médecin traitant ou de l'établissement

une notification de refus est adressée, le cas échéant, à la victime

signature et cachet du médecin conseil

date

date

La loi 78-17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

649-03-2001