

FORMULAIRE
Renseignements détaillés sur la prescription d'arrêt de travail
(initial ou prolongation)
à transmettre au service du contrôle médical désigné

BENEFICIAIRE DES SOINS

Nom – Prénom :

RO [REDACTED] FA [REDACTED]

Adresse :

Numéro d'immatriculation :

MALADIE Accident de Travail / Maladie Professionnelle :

Date de début de l'arrêt de travail : *27.10.2013*

Prescription d'arrêt de travail en cours : Arrêt initial :

Prolongation : du *09.10.2013*

Jusqu'au *10.10.2013*

Date de fin prévisible de l'arrêt de travail : *10.10.2013*

INFORMATIONS CONCERNANT LA MALADIE

Diagnostic(s) de l'affection motivant la prescription d'arrêt de travail :

Suite lésionner guérré @ l'incapacité

Arguments cliniques et résultats éventuels des examens complémentaires récents significatifs :

Motion de l'incapacité, Toux, Dyspnée persistante

Projet thérapeutique détaillé : spécialités pharmaceutiques – autres soins y compris para-médicaux

à la suite de la lésionner guérré @ l'incapacité

Éléments constitutifs de l'incapacité de travail

- Profession actuelle *Couvreur Responsable*
- Signes fonctionnels de l'incapacité de travail en rapport avec la profession
- Facteurs sociaux associés *ATCD, Mielotain, Scie à*

Date et signature du praticien

04/03/13



Identification du praticien

DR AGOPIAN JEAN-MARIE
14 RUE DES PEINTRES
PARROCEL 84000 AVIGNON
841041783