

ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

L'assuré a-t-il repris son activité professionnelle :

- OUI Si oui, précisez la date : temps complet temps partiel mi-temps thérapeutique
 NON

L'assuré sera-t-il capable de reprendre son activité professionnelle :

- OUI Si oui, précisez la date : temps complet temps partiel mi-temps thérapeutique
 NON Si non, l'assuré serait-il capable de reprendre une quelconque activité professionnelle (même à temps partiel) :
 OUI Si oui, précisez la date :
 NON

Si l'assuré n'exerçait pas d'activité professionnelle au jour du sinistre, doit-il toujours observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses activités habituelles (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles, etc...) :

- OUI
 NON Si non, précisez la date de fin du repos complet :

AUTRES ANTÉCÉDENTS

Nature des antécédents et date(s) de(s) premier(s) diagnostic(s) :

Hospitalisation(s) :

- du au motif :
→ du au motif :
→ du au motif :

Traitement(s) (nature, date, durée, motif) :

-
→
→

Pension d'invalidité (motif, date, catégorie) :

Rente d'incapacité (motif, date, taux) :

Protocole de soins (motif et durée de prise en charge) :

L'assuré consomme-t-il ou a-t-il consommé du tabac : OUI NON

Si oui, précisez la/les période(s) :

NB : Il est indispensable de joindre le(s) compte(s) rendu(s) hospitalier(s), compte(s) rendu(s) opératoire(s) et histologique(s), compte(s) rendu(s) de tous examens (échographies, radiographies, endoscopies, scanner, IRM, ECG...), notification d'invalidité.

Depuis quelle date suivez-vous l'assuré :

Fait à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour valoir ce que de droit.

Date et signature du praticien

Cachet du praticien