



Contrôle Médical
Tél : 41 68 20
Télécopie : 45 01 34

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES
PROTOCOLE POUR SOINS APRES CONSOLIDATION OU REPRISE DU TRAVAIL
DEFINIS ET PRESCRITS PAR LE MEDECIN TRAITANT EN ACCORD AVEC LE MEDECIN CONSEIL

A remplir par le médecin traitant et à adresser au médecin-conseil pour accord

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 :	
DN	N° AT
Accident du travail ou maladie professionnelle du :	Consolidé(e) le :
Rechute du :	Consolidé(e) 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 <input type="checkbox"/>	(total ou partiel) pour la période
	Du	au
Signature et cachet du médecin traitant	Désaccord ... <input type="checkbox"/>	
	Une notification de refus est adressée, le cas échéant, à la victime	
Date	Date	

L'accord du médecin-conseil est indispensable pour que les soins soient pris en régime Accident de travail