

**ANNEXE 10
L'AVIS D'ARRET DE
TRAVAIL**

notice

à destination du praticien

Pour préserver le secret médical, vous remettez l'avis d'arrêt de travail à votre patient, après l'avoir complété, avec une enveloppe "M. le Médecin Conseil" qui lui permettra d'adresser les vobis destinés à son organisme d'assurance maladie ou à son employeur. Les enveloppes permettant cet envoi vous sont remises avec les avis d'arrêt de travail.

1 Dispositions relatives aux affections de longue durée :

Afin de permettre l'indemnisation des arrêts de travail conformément à la réglementation et dans le souci d'un meilleur service rendu à l'assuré(e), il vous est demandé de bien vouloir indiquer si l'arrêt de travail est en rapport avec une affection visée à l'article L.324-1 du Code de la sécurité sociale, à savoir :

- affection nécessitant une interruption de travail ou des soins continus supérieurs à 6 mois non exonérante,
- affection de longue durée exonérante reconnue sur liste (ALD 30) ou hors liste.

2 Dispositions relatives à l'assurance maternité :

Un état pathologique résultant de la grossesse permet l'indemnisation d'une période supplémentaire de 14 jours au titre de l'assurance maternité.

3 Vous devez préciser si l'état du malade autorise des sorties. Dans ce cas, l'assuré(e) doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'exams médicaux.

4 Sorties autorisées, par exception, sans restriction d'horaire :

Si pour des raisons médicales, vous prescrivez des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case "oui". Dans ce cas, l'assuré(e) n'a pas à respecter les heures de présence à domicile. Vous devez justifier cette dispense exceptionnelle à la rubrique "éléments d'ordre médical".

Si vous ne prescrivez pas des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case "non".

5 En application de l'article L. 323-3 du Code de la sécurité sociale, si vous estimez que la reprise d'une activité est de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de votre patient ou est de nature à lui permettre de recouvrer un emploi compatible avec son état de santé, vous pouvez prescrire une reprise à temps partiel pour motif thérapeutique dès lors qu'un arrêt de travail à temps complet indemnisé précède immédiatement la reprise de travail à temps partiel. Cette disposition concerne les assurés qui ne souffrent pas d'une affection mentionnée à l'article L. 324-1 du Code sécurité sociale (ALD et soins d'une durée supérieure à 6 mois).

En revanche, l'exigence d'un arrêt de travail à temps complet, précédant immédiatement la reprise à temps partiel, n'est pas opposable aux assuré(e)s atteint(e)s d'une affection mentionnée à l'art. L. 324-1 dès lors que l'impossibilité de poursuivre l'activité à temps complet procède de cette affection et que l'(les) intéressé(es) ont déjà observé un arrêt à temps complet antérieurement indemnisé au titre de cette affection.

Vous devez indiquer la date du début et la date de fin de l'arrêt à temps partiel thérapeutique.

Nota bene : L'indemnisation pour perte d'activité dans le cadre d'une reprise à temps partiel n'est pas prévue pour une profession indépendante et une activité non salariée agricole.

6 Eléments d'ordre médical :

L'article L.162-4-1, 1^{er} alinéa du Code de la sécurité sociale impose la mention sur le volet 1 de ce formulaire des éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail, en précisant, en cas de dispense exceptionnelle, les éléments justifiant les sorties sans restriction d'heures. Pour préciser les éléments d'ordre médical, vous pouvez soit reporter la codification du motif médical en vous référant à la liste qui figure sur le site internet "www.ameli.fr" ou sur la fiche transmise par votre caisse soit reporter en toutes lettres ces éléments.

notice

à destination du patient

Complétez les rubriques qui vous concernent ("Assurés(e)" et "Employeur"), puis selon votre situation :

• **Si vous êtes salarié(e) ①**

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**. Adressez le volet 3 à votre employeur.
Faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur.

• **Si vous êtes fonctionnaire ②**

Adressez les volets 2 et 3 à votre employeur **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail** et conservez le volet 1 comportant les données médicales. Vous devrez présenter le volet 1 à toute requête du médecin agréé de votre administration.

• **Si vous exercez une profession indépendante ③**

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre Caisse RSI dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**. Conservez le volet 3.

• **Si vous êtes non salarié(e) agricole ④** (à compter du 1^{er} janvier 2014)

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de la caisse de MSA dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remis votre Médecin ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**. Conservez le volet 3.

• **Si vous êtes sans emploi ⑤**

Renseignez la case "précisez votre situation" (ex. chômage, licenciement démission...). Des indemnités journalières peuvent éventuellement vous être attribuées.

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**. Adressez le volet 3 au pôle emploi.

En cas d'envoi tardif, y compris dans le cadre d'une **prolongation**, vous vous exposez à une réduction du montant de votre indemnisation.

⑥ **accident causé par un tiers :**

Si votre arrêt de travail est consécutif à un accident causé par un tiers, vous êtes tenu d'en informer votre organisme d'assurance maladie. Dans ce cas, cochez la case prévue à cet effet.

⑦ **prolongation d'un arrêt de travail :**

La prolongation d'un arrêt de travail doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant, **sauf dans les cas** où elle est prescrite par le médecin remplaçant l'un de ces médecins ou par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ou à l'occasion d'une hospitalisation.

A défaut, un délai de carence vous sera appliqué, le cas échéant.

En dehors de ces cas l'assuré(e) doit justifier par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie, de l'impossibilité du médecin prescripteur de l'arrêt initial ou du médecin traitant de prescrire la prolongation.

Dans tous les cas, l'assuré(e) ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré(e) indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel la prolongation n'est pas prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

Par ailleurs, votre médecin est tenu de préciser les éléments d'ordre médical justifiant votre arrêt de travail.

IMPORTANT : Quelle que soit votre situation, n'oubliez pas :

- de respecter les heures de présence à domicile (de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures), sauf en cas de sorties autorisées sans restriction d'horaire ou à l'occasion d'un temps partiel pour raison médicale.
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous devez quitter votre département de résidence.
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical.
- de vous abstenir de toute activité non autorisée.

En effet, le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières.

Pour tous renseignements complémentaires, consultez votre organisme d'assurance maladie.

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil

(art.L.624-1-1, art.L.624-4, L.652, L.321-1-5ème al., L.3234, L.3761, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.332, D.613-19, D.613-23 du Code de sécurité sociale, L.724 et 762-16-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation

nom et prénom

(nom de famille - de naissance - marié, s'il y a lieu, dans un d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différents de votre adresse habituelle (1))

code postal

ville

n° téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est obligatoire, si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée fonctionnaire profession indépendante activité non salariée agricole

sans emploi date de cessation d'activité

précisez votre situation (voir notice ②)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice ②) : oui date _____ non

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui non

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui non

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial,

cochez la case correspondante (voir notice ②) :

médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial

médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant

à l'occasion d'une hospitalisation

autre cas précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone :

e.mail :

adresse

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :

* et prescrit un arrêt de travail jusqu'au en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
en chiffres inclus

sans rapport* en rapport* avec une affection de longue durée (voir notice ①)

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice ②)

* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui à partir du _____ non

(l'assuré(e) doit être présente à son domicile entre 07h et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ③)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non oui à partir du _____ (voir notice ④)

* et prescrit un temps partiel pour raison médicale du _____ au _____

sans rapport** en rapport** avec une affection de longue durée (voir notice ①)

** une des deux cases doit être obligatoirement cochée

éléments d'ordre médical (voir notice ⑤)

Codification du motif médical

OU éléments en toutes lettres :

identification du praticien
(nom et prénom)

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

identifiant

n° de la structure
(ATAI, PAINES ou SIRET)

date

signature du praticien

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M, le Médecin-Conseil
(cf. L.1024-1 Art. L.1024-1, L.315-2, L.321-1, Article L. 323-1, L. 376-1, L. 613-20, L. 321-2, R. 325-11, L. D. 352-D, R. 615-9, D. 613-21 et Code de la sécurité sociale, L. 724 et 762-1 du Code de la sécurité sociale et Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation _____

nom et prénom _____
(nom de famille - de naissance - avec (M) ou (Mlle) - et si n, de nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement _____
(voir conventions sociales valides)

adresse où le malade peut être visité _____
(coordonnées de votre adresse habituelle)

code postal _____ ville _____ n° téléphone _____

bâtiment : _____ escalier : _____ étage _____ appartement _____ code d'accès de la résidence _____
(*) l'accès préalable de votre maison est obligatoire si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée fonctionnaire profession indépendante activité non salariée agricole
 sans emploi date de cessation d'activité _____ précisez votre situation (voir notice ①)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident cause par un tiers ? (voir notice ②) : oui date _____ non

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermique ? oui non

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui non

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante (voir notice ③)

médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant à l'occasion d'une hospitalisation

autre cas précisez et indiquez le motif _____

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale _____ n° téléphone : _____
 e.mail : _____

adresse _____

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : _____

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au _____ } inclus
(en lettres ou chiffres obligatoirement et en chiffres)

sans rapport* en rapport* avec une affection de longue durée (voir notice ①)

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice ②)

* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui à partir du _____ non
(l'absence doit être présentée à vos soins de suite et de rééducation ou à votre médecin. Voir notices ③)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
 non oui à partir du _____ (voir notice ④)

et prescrit un temps partiel pour raison médicale du _____ au _____ (voir notice ⑤)

sans rapport** en rapport** avec une affection de longue durée (voir notice ①)
 ** une des deux cases doit être obligatoirement cochée

identification du praticien
(nom et prénom)

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

identifiant _____ n° de la structure _____
(N, L, S, D ou NBI/L)

date _____ signature du praticien _____

initial de prolongation (*)

art. L. 162-41-1 et al., L. 162-44, L. 315-2, L. 321-5-5ème al., L. 323-1, L. 365-1, L. 619-20, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, D. 613-10, D. 613-23 du Code de la sécurité sociale, L. 72-4 et 782-18-1 du Code rural et de la pêche maritime

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation

nom et prénom

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

code de l'organisme de rattachement *(voir votre attestation papier Pualo)*

adresse où le malade peut être visité *(indiquant de votre adresse habituelle (*))*

code postal

ville

n° téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

() L'accès préalable de votre caisse est obligatoire si cette adresse se situe hors de votre département de résidence*

activité salariée fonctionnaire profession indépendante activité non salariée agricole

sans emploi date de cessation d'activité : précisez votre situation :

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui date : non

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR

dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone :
e.mail :

adresse

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres;
- à compléter obligatoirement au
et
- en chiffres inclus

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse.

* une des deux cases doit être obligatoirement cochées

sorties autorisées : oui à partir du : non

(l'assurée) doit être présente à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non oui à partir du :

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du : au :

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant :

date

signature du praticien

ANNEXE 11
FEUILLE D'ACCIDENT DE
TRAVAIL OU DE
MALADIE
PROFESSIONNELLE

feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle

(Art. L. 441.5, R. 441.8 et R. 441.9 du Code de la sécurité sociale)

1/2

Lorsqu'un accident a eu lieu, la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est remise à la victime par l'employeur qui établit parallèlement la déclaration d'accident du travail (réf. S 6200).

Cette feuille est remise à la victime par la caisse lorsqu'une maladie professionnelle est déclarée.

La feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est conservée par la victime. Elle doit être présentée systématiquement au praticien qui dispense les soins, ou le cas échéant à l'hôpital, ainsi qu'à l'auxiliaire médical(e), au pharmacien ou au fournisseur et au biologiste chaque fois qu'une ordonnance est exécutée. Ces derniers doivent remplir la page 2/2 afin d'attester la prestation des actes et l'exécution des ordonnances. La facturation des actes est portée sur les feuilles de soins et les bordereaux de facturation utilisés également pour les risques maladie et maternité.

La page 1/2 permet à la victime de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

En cas de rechute ou si nécessaire, en cas de poursuite des soins, l'organisme d'assurance maladie délivre à la victime, sur sa demande, une nouvelle feuille.

attestation d'accident ou de maladie autorisant le bénéfice du tiers payant

(à remplir obligatoirement par l'employeur lors de la délivrance)

l'organisme gestionnaire de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle

● **identification**

nom de l'organisme

adresse

code de l'organisme gestionnaire

la victime

● **identification**

nom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se))

prénom

adresse

code postal

commune

date de naissance

numéro d'immatriculation

l'employeur

● **identification**

nom et prénom ou raison sociale

adresse

code postal

commune

numéro SIRET de l'établissement d'attache permanent de la victime

êtes-vous autorisé à gérer le risque AT/MP ?

oui

non

l'accident du travail ou la maladie professionnelle

● **accident du travail**

date

rechute du

● **lésions**

nature

siège

● **numéro AT/MP** (à remplir par l'organisme gestionnaire en cas de renouvellement ou de rechute)

● **maladie professionnelle**

date de la constatation médicale

rechute du

demande de renouvellement

(à remplir par la victime, si la feuille est complètement remplie avant la fin des soins)

adresse

code postal

commune

je demande le renouvellement de cette feuille d'accident

signature

date

DIAD S6201c

récapitulatif des soins et fournitures

2/2

(à remplir par les professionnels de santé)

€

dates des actes médicaux	actes effectués (lettres-clef et coefficient)	i.k.	D.E.	montant total des honoraires	exécution des ordonnances montant de la facture

L'exécutant des actes, le pharmacien ou le fournisseur attestera une seule fois la prestation des actes en apposant sa signature et son cachet dans une des cases prévues ci-dessous à cet effet.

signature attestant la prestation des actes	signature attestant la prestation des actes	signature attestant la prestation des actes	signature attestant la prestation des actes
cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste
cachet du pharmacien ou du fournisseur	cachet du pharmacien ou du fournisseur	cachet du pharmacien ou du fournisseur	cachet du pharmacien ou du fournisseur

ANNEXE 12
LE CERTIFICAT MEDICAL
D'ACCIDENT DE TRAVAIL
OU DE MALADIE
PROFESSIONNELLE

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle
notice

à destination du praticien

Ce certificat médical doit être utilisé pour les salariés, les non salariés agricoles (chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole, aides familiaux, associés d'exploitation) victimes d'accidents du travail ou de trajet, de maladies professionnelles (dans le cadre des tableaux ou hors tableaux - article L.461-1 du Code de la sécurité sociale) ou de rechutes. Les renseignements concernant la victime et l'employeur seront complétés par le praticien à l'aide des informations fournies par la victime.

Les volets 1 et 2 sont adressés directement par le praticien sous 24 heures à l'organisme dont dépend la victime (article L.441-6 du Code de la sécurité sociale).

Le volet 3 et le volet « certificat d'arrêt de travail » sont à remettre à la victime.

① **Date de la première constatation médicale de la maladie professionnelle :**

La date de la première constatation médicale est la date à laquelle les symptômes ou les lésions révélant la maladie ont été constatés pour la première fois par un médecin même si le diagnostic n'a été établi que postérieurement.

② **Constatations détaillées :**

Décrivez avec précision l'état de la victime, le siège, la nature des lésions ou de la maladie avec les symptômes constatés. Lors de l'établissement du certificat médical final, décrivez les séquelles.

③ **Sorties autorisées :**

Vous devez préciser si l'état de la victime autorise des sorties. Dans ce cas, la victime doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'examen médicaux.

④ **Sorties autorisées, par exception, sans restriction d'horaire :**

Si, pour des raisons médicales, vous prescrivez des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case « oui ». Dans ce cas, la victime n'a pas à respecter les heures de présence à domicile.

Si vous ne prescrivez pas des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case « non ».

⑤ **Reprise d'un travail léger :**

Permet le service des indemnités journalières, en tout ou partie, quand la reprise d'un travail allégé, en durée ou en pénibilité, est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation. Un arrêt de travail à temps complet précédant immédiatement la reprise d'un travail léger n'est pas exigé dès lors que l'accident du travail ou la maladie professionnelle a entraîné un arrêt de travail à temps complet d'au moins une journée pour les salariés et de huit jours pour les non salariés agricoles.

⑥ **Reprise de travail à temps complet :**

Une reprise de travail à temps complet peut être antérieure à la date de guérison ou de consolidation.

⑦ **Éléments d'ordre médical :**

Indiquez les éléments justifiant les sorties sans restriction d'horaire.

⑧ **Conclusions :**

En cas de guérison ou de consolidation, indiquez précisément les conséquences définitives de l'accident ou de la maladie dans la rubrique « constatations détaillées ».

Il est possible, sur proposition du médecin traitant, de maintenir si nécessaire des soins après consolidation. Cette possibilité est soumise à l'accord du praticien conseil.

à destination de la victime

Les volets 1 et 2 sont adressés directement par le praticien à l'organisme dont vous dépendez.

Vous conservez le volet 3.

En cas d'arrêt de travail, vous adressez le volet « certificat d'arrêt de travail » à votre employeur ou au Pôle emploi si vous êtes en situation de chômage, afin de les informer.

En cas d'arrêt de travail, n'oubliez pas :

- de respecter les heures de présence à domicile sauf en cas de sorties sans restriction d'horaire (art. L.433-1 et L.323-6 du Code de la sécurité sociale),
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical (art. L.442-5, R.442-2 et L.315-2 du Code de la sécurité sociale),
- de vous abstenir de toute activité non autorisée (art. L.433-1 et L.323-6 du Code de la sécurité sociale).

Le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

- initial de prolongation
 final de rechute

Volet 1, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

régime : général agricole autre le quel ? : l'assuré(e)

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal

ville :

n° téléphone :

batiment :

escalier :

étage :

appartement :

code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il

d'un accident du travail ?

d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle

(voir notice ①)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle: oui

non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

• constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ②)

• conséquences

- soins (sans arrêt de travail) jusqu'au

- arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres :

inclus

sorties autorisées : oui à partir du

non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ③)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non oui à partir du

(voir notice ④)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale du

au

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑤)

- reprise de travail à temps complet le

(voir notice ⑥)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice ⑦)

• conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑧)

guérison avec retour à l'état antérieur

date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure

date

consolidation avec séquelles

date

identification du praticien
(nom et prénom)

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature du praticien

CM-PRE S6909e

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

certificat médical

accident du travail maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

- initial de prolongation
 final de rechute

Volet 2, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures
(service administratif)

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal ville : n° téléphone :
batiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle (voir notice ①)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

• constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ②)

• conséquences

- soins (sans arrêt de travail) jusqu'au

- arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres :

} inclus

sorties autorisées : oui à partir du non
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ③)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non oui à partir du (voir notice ④)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale du au
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑤)

- reprise de travail à temps complet le (voir notice ⑥)

• conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑦)

guérison avec retour à l'état antérieur date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure date

consolidation avec séquelles date

identification du praticien
(nom et prénom)

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature du praticien

CM-PRE S6909e



n° 11138*05
CM-PRE

certificat médical

accident du travail maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

- initial de prolongation
 final de rechute

Volet 3, à conserver
par la victime
(à apporter lors de
chaque consultation)

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal

ville :

n° téléphone :

batiment :

escalier :

étage :

appartement :

code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il

d'un accident du travail ?

d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle

(voir notice ①)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle: oui

non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse :

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

• **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ②)

• conséquences

- **soins** (sans arrêt de travail) jusqu'au

- **arrêt de travail** jusqu'au

- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres :

inclus

sorties autorisées : oui à partir du

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ③)

non

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non oui à partir du

(voir notice ④)

- **prescription d'un travail léger pour raison médicale** du

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑤)

au

- **reprise de travail à temps complet le**

(voir notice ⑥)

- **éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire** (voir notice ⑦)

• **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑧)

guérison avec retour à l'état antérieur

date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure

date

consolidation avec séquelles

date

identification du praticien
(nom et prénom)

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature du praticien

CM-PRE S6909e

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

certificat d'arrêt de travail

accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

- initial de prolongation
- final de rechute

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal : ville : n° téléphone :
 bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle (voir notice ①)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle: oui non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse : n° téléphone :
courriel :

l'arrêt de travail

- arrêt de travail jusqu'au } inclus
 - en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)
 et
 - en chiffres :

sorties autorisées : oui à partir du non
 (l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ②)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
 non oui à partir du (voir notice ③)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale du au
 (art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ④)

- reprise de travail à temps complet le (voir notice ⑤)

**CE DOCUMENT PEUT ETRE ADRESSE PAR LA VICTIME A L'EMPLOYEUR POUR JUSTIFIER DE SON ABSENCE
OU AU POLE EMPLOI SI ELLE EST EN SITUATION DE CHOMAGE**

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

date signature du praticien

CM-PRE S6909e

ANNEXE 13
DESIGNATION DE LA
PERSONNE DE
CONFIANCE

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

 (Cette fiche annule et remplace toute précédente fiche qui aurait pu être établie précédemment)

Etiquette patient

IMPORTANT : En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, à la qualité du système de santé et notamment son article L. 1111-6, le patient peut désigner la personne qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je soussigné(e) :

Nom marital : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance : ____/____/____

Adresse :

.....

Téléphone(s) ____/____/____/____/____ ou ____/____/____/____/____

Déclare désigner comme personne de confiance :

- La personne que j'ai désignée comme personne à prévenir (voir questionnaire Dopasoins) ou

Monsieur Madame

Nom marital : Nom de jeune fille :

Prénom(s) : Lien social :

Date et lieu de naissance : ____/____/____ à _____

Adresse :

.....

Téléphone(s) ____/____/____/____/____ ou ____/____/____/____/____

Elle pourra si je le souhaite m'accompagner dans mes démarches (notamment assister aux entretiens médicaux) et être consultée si j'étais dans l'impossibilité d'exprimer ma volonté. Cette désignation est valable pour toute la durée de mon hospitalisation ou hospitalisations multiples d'une même prise en charge, sauf indication contraire de ma part. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à informer par écrit l'établissement.

Fait à le :/...../..... Signature :

Cadre réservé à la personne de confiance

Je reconnais avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à Le...../...../..... Signature :

N° de téléphone de l'accompagnant obligatoire pour la journée d'hospitalisation en ambulatoire :

Fixe : ____/____/____/____ ou portable ____/____/____/____

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation.

Fait à le :/...../..... Signature :

La personne n'est pas en mesure de désigner une personne de confiance.

ANNEXE 14
CONSENTEMENTS
ECLAIRES

CATHETERISME BILIO-PANCREATIQUE (consentement éclairé)

Madame, Monsieur,

Le cathétérisme endoscopique bilio-pancréatique peut être utile pour déterminer l'origine de vos troubles et peut dans certains cas permettre leur traitement. Afin que vous soyez clairement informé(e) du déroulement de cet acte médical, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Le médecin est à votre disposition pour répondre à toutes vos demandes d'explication complémentaire.

POURQUOI PRATIQUER UN CATHÉTÉRISME ENDOSCOPIQUE BILIO-PANCREATIQUE ?

Cet examen permet d'étudier les voies biliaires et le pancréas. Il est employé en fonction des circonstances quand les autres examens sont insuffisants pour conclure sur la cause de troubles d'origine biliopancréatique. Il peut montrer des calculs, un rétrécissement tumoral ou inflammatoire, ou d'autres maladies plus rares des voies biliaires ou pancréatiques. Enfin, il peut permettre de traiter certaines de ces maladies en alternative ou en association avec la chirurgie.

COMMENT RÉALISE-T-ON LE CATHÉTÉRISME ENDOSCOPIQUE BILIO-PANCREATIQUE ?

Les voies biliaires et pancréatiques se drainent dans la partie initiale de l'intestin (duodénum) à travers un sphincter puis par un orifice appelé papille. L'examen utilise un appareil souple appelé endoscope qui est glissé par la bouche jusque dans le duodénum. Il se déroule dans une salle de radiologie. Le cathétérisme diagnostique consiste à introduire dans la papille à partir du duodénum un cathéter pour injecter les voies biliaires et/ou pancréatiques avec du produit de contraste. Il est alors réalisé des radiographies. A la suite de ces radiographies et pendant la même séance, il peut être pratiqué un traitement. La première phase du traitement consiste le plus souvent à sectionner le sphincter (sphinctérotomie endoscopique) à l'aide d'un bistouri électrique. Ensuite, les calculs peuvent être enlevés à l'aide d'un panier ou d'un ballon, éventuellement en les fragmentant au préalable. En cas de rétrécissement, celui-ci peut être dilaté par un ballonnet ou une bougie, ou il peut être mis en place un drain (prothèse) définitif ou temporaire à travers ce rétrécissement.

Parfois il sera nécessaire de répéter la procédure pour compléter le traitement après avoir discuté des possibilités thérapeutiques.

Entre chaque patient et suivant la réglementation en vigueur, l'endoscope est désinfecté et les accessoires utilisés sont stérilisés ou jetés (matériel à usage unique). Ces procédures font références pour prévenir d'éventuelles transmissions d'infections.

Pour améliorer la tolérance de l'examen, une anesthésie générale est souvent programmée. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur de répondre à vos questions relatives à sa spécialité. Habituellement, cet examen a lieu dans le cadre d'une hospitalisation pour surveillance.

COMMENT SE PRÉPARER POUR LE CATHÉTÉRISME ENDOSCOPIQUE BILIO-PANCREATIQUE ?

Il faut être à jeun strict (sans boire, ni manger, ni fumer) durant les 6 heures précédant l'examen.

QUELLES COMPLICATIONS PEUVENT SURVENIR PENDANT L'EXAMEN ?

Tout acte médical, exploration, intervention sur le corps humain même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conforme aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, présente un risque de complication.

Les complications du cathétérisme diagnostique sont rares quand seules des radiographies sont réalisées. Il s'agit d'une inflammation aiguë du pancréas (pancréatite aiguë), d'une perforation ou d'une infection des voies biliaires ou de la vésicule biliaire.

Les complications de la sphinctérotomie endoscopique et des traitements associés sont plus fréquentes : pancréatite aiguë, infection des voies biliaires ou de la vésicule biliaire, perforation de la paroi digestive, hémorragie digestive. La fréquence de chacune de ces complications est de l'ordre de 1%.

D'autres complications sont exceptionnelles telles que les troubles cardio-vasculaires ou respiratoires.

Ces complications peuvent être favorisées par vos antécédents médico-chirurgicaux ou par la prise de certains médicaments.

Toutes ces complications peuvent nécessiter une prolongation de l'hospitalisation et rendre une opération nécessaire. L'hémorragie peut conduire à pratiquer des transfusions de sang ou de dérivés sanguins.

Toutes ces complications apparaissent le plus souvent lors de l'endoscopie, mais peuvent également se révéler quelques jours après l'examen (douleurs abdominales, jaunisse, sang rouge ou noir dans les selles, fièvre, frissons ...). Il est alors très important de contacter immédiatement le médecin et/ou l'anesthésiste qui se sont occupés de vous au numéro de téléphone suivant : 05.62.21.31.31.

En cas d'impossibilité de prendre contact avec eux, il est très important de prendre contact très rapidement avec votre médecin traitant.

COMPLICATIONS CUTANÉES LIÉES A L'EXPOSITION DES TISSUS AUX RAYONS X :

Toutes les expositions comportent des risques, mais pour la plupart des procédures interventionnelles, ces derniers restent faibles et le bénéfice apporté au patient compense substantiellement tout risque. Ce risque de lésion pour la peau et les organes profonds est d'autant plus important si les procédures sont longues et complexes, et rapprochées dans le temps. Ces effets observés sont généralement tardifs, il est donc important d'en informer votre cardiologue si des réactions cutanées (rougeurs, inflammations) persistent dans les semaines qui suivent l'examen ».

DECLARATION DU PATIENT

Madame, Mademoiselle, Monsieur
Certifie avoir pris connaissance de la fiche d'informations concernant le cathétérisme bilio-pancréatique,
Qui sera réalisée par le Docteur en date du
Et reçu les réponses satisfaisantes à mes questions concernant mon examen.

Date :
Signature du patient :

ANNEXE 15
ORDONNANCE BIZONE

Ordonnance bizona

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Identification de la structure
(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)

Identification du patient
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur)

n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

ANNEXE 16
ORDONNANCE
MEDICAMENTS
D'EXCEPTION

ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

VOLET 1
à conserver
par l'assuré(e)

article R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale
article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

personne recevant les soins et assuré(e) (voir notice au verso du volet 1)

personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

date de naissance

assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

adresse de l'assuré(e)

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

à compléter par le prescripteur

médicament, indiquer son nom (marque ou générique) :

produit ou prestation, indiquer sa désignation précise :

s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, le dosage, la posologie, la voie d'administration

s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie

durée du traitement, le cas échéant

conditions de prise en charge

maladie soins en rapport avec une ALD : oui non soins dispensés au titre de l'art. L. 115

accident du travail ou maladie professionnelle date

Je soussigné(e), Docteur..... atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé. S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

si prescription initiale par un établissement, date limite de la prochaine consultation dans l'établissement

date

signature du prescripteur

identification du pharmacien ou du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

à compléter par le pharmacien ou le fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation

mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

date de délivrance

ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

article R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale
article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

Notice

Votre médecin vous a prescrit un médicament, un produit ou une prestation dont le remboursement est subordonné à une formalité particulière.

Si vous êtes atteint(e) d'une affection de longue durée ouvrant droit à exonération du ticket modérateur, la prescription doit être prévue dans le protocole de soins établi par votre médecin traitant afin que vous puissiez bénéficier de cette exonération.

Pour le remboursement, les 2ème et 3ème volets du présent document doivent être adressés à votre organisme d'assurance maladie dans les mêmes conditions que votre ordonnance habituelle.

Vous conservez le premier volet.

Le pharmacien, le fournisseur ou l'établissement conserve le 4ème volet.

ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

article R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale
article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

VOLET 2
à adresser à l'organisme
d'assurance maladie

date de réception :

personne recevant les soins et assuré(e) (voir notice au verso du volet 1)

personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

adresse de l'assuré(e)

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

à compléter par le prescripteur

médicament, indiquer son nom (marque ou générique) :

produit ou prestation, indiquer sa désignation précise :

s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, le dosage, la posologie, la voie d'administration

s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie

durée du traitement, le cas échéant

conditions de prise en charge

maladie

soins en rapport avec une ALD : oui

non

soins dispensés au titre de l'art. L. 115

accident du travail ou maladie professionnelle

date

Je soussigné(e), Docteur..... atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé. S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

si prescription initiale par un établissement, date limite de la prochaine consultation dans l'établissement

date

signature du prescripteur

identification du pharmacien ou du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

à compléter par le pharmacien ou le fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation

mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

date de délivrance

ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

article R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale
article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

VOLET 3
à adresser à l'organisme
d'assurance maladie

personne recevant les soins et assuré(e) (voir notice au verso du volet 1)

personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

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

numéro d'immatriculation *nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)*

date de naissance

assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

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

numéro d'immatriculation

adresse de l'assuré(e)

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom raison sociale

adresse

numéro d'immatriculation n° structure

identifiant *(AM, FINESS ou SIRET)*

à compléter par le prescripteur

médicament, indiquer son nom (marque ou générique) :

produit ou prestation, indiquer sa désignation précise :

s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, le dosage, la posologie, la voie d'administration

s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie

durée du traitement, le cas échéant

conditions de prise en charge

maladie soins en rapport avec une ALD : oui non soins dispensés au titre de l'art. L. 115

accident du travail ou maladie professionnelle date

Je soussigné(e), Docteur..... atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé. S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

si prescription initiale par un établissement, date limite de la prochaine consultation dans l'établissement

date signature du prescripteur

identification du pharmacien ou du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom raison sociale

adresse

numéro d'immatriculation n° structure

identifiant *(AM, FINESS ou SIRET)*

à compléter par le pharmacien ou le fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation

mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

date de délivrance

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal et articles L. 144-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire.
Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

article R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale
article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

VOLET 4
à conserver par le
pharmacien, le fournisseur

personne recevant les soins et assuré(e) (voir notice au verso du volet 1)

personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

adresse de l'assuré(e)

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

identifiant

à compléter par le prescripteur

médicament. indiquer son nom (marque ou générique) :

produit ou prestation. indiquer sa désignation précise :

s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, le dosage, la posologie, la voie d'administration

s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie

durée du traitement, le cas échéant

conditions de prise en charge

maladie soins en rapport avec une ALD : oui non soins dispensés au titre de l'art. L. 115

accident du travail ou maladie professionnelle date

Je soussigné(e), Docteur..... atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé. S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

si prescription initiale par un établissement, date limite de la prochaine consultation dans l'établissement

date

signature du prescripteur

identification du pharmacien ou du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

identifiant

à compléter par le pharmacien ou le fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation

mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

date de délivrance

