

**CERTIFICAT MEDICAL** (confidentiel)

A retourner par email [medical.ppc@social.oc.mssante.fr](mailto:medical.ppc@social.oc.mssante.fr)

*A remplir par le médecin traitant ou le médecin spécialiste*

NOM du patient : ……………………………………… Prénom :…………………………….

Date de naissance : …………………………………

Adresse :

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………….….

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………….…

Nom , adresse et Telephone du Médecin traitant :

Noms, Adresses et Telephone du ou des Médecins Spécialistes :

Diagnostic principal :

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

Diagnostics associes :

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

Antecedents personnels et familiaux :

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

Nécessité d'un éloignement du milieu familial : □ oui □ non

Histoire de la maladie :

(Joindre photocopies des bilans complémentaires)

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

Etat clinique actuel : Poids : ……………… Taille : ………………

IMC : ………………

Etat psychique (à détailler si troubles nécessitant un suivi) :

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

Traitements en cours :

- Médicaments (doses et nombre de prises)

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

Joindre **obligatoirement** l'ordonnance du traitement en cours le jour de l'entrée

- Kinésithérapie □ - Fréquence des séances : ………………………...

- Suivi psychologique □ - Orthophonie □ - Autres □

- Régime □

- Pratique sportive : ……………………………………………………………..

- contre-indications : ……………………………………………………………

Vaccinations : (photocopie du carnet de santé)

A ………………….., le .…………..…..

Signature et Cachet du médecin :