

DIFFUSION RESTREINTE - VIE PRIVÉE
(CHOD-SPS-IMGT-ISEC-001)

CERTIFICAT MÉDICAL MOD 1
(ANN A - DGHR-REG-MEDIS-001)

À remplir par le PATIENT AVANT la consultation¹	Nom :	Prénom
	Grade :	Numéro de matricule :
	Unité :	Date de naissance :
RÉSIDENCE du patient durant l'incapacité de travail		
	Rue :	N°/Boite :
	Code postal :	Commune
	Téléphone/GSM 1 :	Téléphone/GSM 2 :

À remplir par le MÉDECIN TRAITANT	<input type="checkbox"/> La présente consultation ne peut pas avoir lieu au cabinet du médecin pour raison médicales. Ce qui figure ci-dessous est dû à : (si nécessaire, un diagnostic peut être indiqué sous couvert du secret médical)	
	<input type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/> accident du travail date	Le lien médical entre l'affection et sa cause originelle comme déclaré par le patient est selon moi : <input type="checkbox"/> possible <input type="checkbox"/> pas possible <input type="checkbox"/> ne peut être déterminé
	<input type="checkbox"/> le patient est hospitalisé depuis date (avec incapacité de travail durant l'hospitalisation) <input type="checkbox"/> le patient a quitté l'hôpital le date	
	<input type="checkbox"/> le patient est en incapacité de travail	
	à partir de : date (effet rétroactif de Max 24 heures) jusqu'à : date (Max 30 jours calendriers, excepté après hospitalisation)	
<input type="checkbox"/> l'intéressé PEUT quitter la résidence <input type="checkbox"/> l'intéressé NE PEUT PAS quitter la résidence		Pendant la durée de l' incapacité de travail
Cachet du médecin	Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir examiné ce patient et avoir constaté ce qui précède	Signature du médecin X _____ date

SECRET MÉDICAL (si rempli) PEUT UNIQUEMENT ÊTRE OUVERT PAR LE MÉDECIN DESTINATAIRE
 ▲ rester en dessous de cette ligne ▲

COLLER OU AGRAFER IÇI DIAGNOSTIC MÉDECIN TRAITANT SECRET MÉDICAL SI REMPLI		
À remplir par le MÉDECIN TRAITANT		
Cachet du médecin	Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir examiné ce patient et avoir constaté ce qui précède	Signature du médecin X _____ date
COLLER OU AGRAFER IÇI		

¹ Informations nécessaires pour le traitement de la demande et en raison d'une obligation légale incombant au responsable du traitement (Défense) et en référence à la déclaration de confidentialité de la Défense et aux déclarations de confidentialité spécifiques de la DG H&WB, de COMOPSMED, de la DGHR et/ou de la DGBudFin selon le cas.

PLIER ICI >> | << PLIER ICI

PLIER ICI >> | << PLIER ICI

DIFFUSION RESTREINTE - VIE PRIVÉE
(CHOD-SPS-IMGT-ISEC-001)

À L'ARRIÈRE

1. Les dispositions relatives aux absences pour motif de santé (AMS), l'exécution du contrôle médical et la comparution devant la commission militaire d'aptitude et de réforme (d'appel) (CMAR(A)) sont fixées dans le Reg DGHR-REG-MEDIS-001.
2. Le traitement des données reprises dans ce document seront traitées en respectant les réglementations en vigueur concernant le partage et la protection de ces données :
 - Le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données, également nommé RGPD) ;
 - La loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel ;
 - L'Art. 458 Code Pénal (secret professionnel) ;
 - La procédure spécifique CHOD-SPS-IMGT-ISEC-001 : Partage et Protection de l'information non classifiée de la Défense.