

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

À remplir par le PATIENT AVANT la consultation	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	Le lien médical entre l'affection et sa cause originelle comme déclaré par le patient est selon moi :
	<input type="checkbox"/> accident du travail date	
		<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) jusque : (Max 30 jours calendriers, excepté date après hospitalisation)
	<input type="checkbox"/> l'intéressé PEUT quitter la résidence	Pendant la durée de l'incapacité de travail
	<input type="checkbox"/> l'intéressé NE PEUT PAS quitter la résidence	

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    ↑ rester en dessous de cette ligne    ↑

À remplir par le MÉDECIN TRAITANT	COLLER OU AGRAFER ICI DIAGNOSTIC MÉDECIN TRAITANT		
	SECRET MÉDICAL SI REMPLI		

Cachet du médecin	Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir examiné ce patient et avoir constaté ce qui précède	Signature du médecin  X  date
-------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

PLIER ICI » | « PLIER ICI

PLIER ICI » | « PLIER ICI

COLLER OU AGRAFER ICI

## **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.