

Attestation du médecin

1. **Coordonnées du médecin chargé de donner les soins**

.....
Nom et prénom
.....
Adresse	Téléphone

2. **Attestation du médecin**

.....
Nom et prénom du malade
.....
Numéro de Police	Numéro Assuré

Date du premier examen :

Motif de consultation

Signes objectifs de la maladie

Symptômes subjectifs accusés par le malade :

Quand l'affection a-t-elle pris naissance ?

Vos constatations objectives rendent-elles vraisemblables ou non la date indiquée par le malade pour l'apparition des symptômes ?

Faut-il recourir à une intervention chirurgicale ?

De quelle nature ?

Existe-t-il des signes qui permettent de montrer une aggravation de l'état du malade ?

Un état antérieur peut-il avoir une influence sur l'évolution de l'affection ?

Jugez-vous utile de recourir à l'intervention d'un autre médecin ?

Jugez-vous de l'intérêt du malade de le faire hospitaliser ? Date probable ?

Observations particulières :

Fait à :, le/...../.....
Signature du médecin :