



Attestation médicale: assistance d'une autre personne

Législation relative aux maladies professionnelles du secteur privé

- à compléter par le médecin -

< Attention: l'introduction de cette attestation exige que des formulaires 501 F et 503 F aient déjà été complétés.

1. Identité du patient

Numéro de registre national	<input type="text"/>	< voir verso de la carte d'identité
Nom	<input type="text"/>	< pour les femmes: nom de jeune fille
Prénom	<input type="text"/>	< prénom officiel
Date de naissance	<input type="text"/>	< jour/mois/année

2. Renseignements médicaux

→ Le patient, peut-il sans l'assistance d'une autre personne

	Oui	Non		Oui	Non
se déplacer à l'extérieur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	se laver entièrement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se déplacer à l'intérieur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	se laver le torse ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
préparer un repas ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	utiliser les toilettes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
prendre un repas ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	rester la journée entière sans surveillance ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
entretenir son habitation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	rester sans surveillance pendant quatre heures ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le patient est-il	<input type="checkbox"/> grabataire <input type="checkbox"/> dépendant d'une chaise roulante <input type="checkbox"/> dépendant d'une oxygénothérapie
L'assistance d'une autre personne est-elle également nécessaire en raison d'une autre affection?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, laquelle?
Le patient a-t-il été hospitalisé au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, joignez les rapports d'hospitalisation
Le besoin d'assistance est-il permanent?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, jusqu'à quand cette assistance est-elle nécessaire? __ / __ / ____

3. Identité du médecin

Nom		Cachet
Adresse		
Téléphone		
Fax		
E-mail		

La nécessité de l'assistance d'une autre personne fait suite à une maladie professionnelle. J'affirme avoir complété cette attestation de manière sincère et complète. Je suis disposé à fournir des données supplémentaires aux médecins de Fedris.

Date: __ / __ / ____

Signature: