

## FORMULAIRE

Renseignements détaillés sur la prescription d'arrêt de travail  
(initial ou prolongation)  
à transmettre au service du contrôle médical désigné

### BENEFICIAIRE DES SOINS

Nom – Prénom : *RO [REDACTED] FA [REDACTED]*

Adresse : *[REDACTED]*

Numéro d'immatriculation : *[REDACTED]*

MALADIE  ..... Accident de Travail /Maladie Professionnelle :

Date de début de l'arrêt de travail : *27.10.2013*

Prescription d'arrêt de travail en cours : Arrêt initial :

Prolongation :  du *06.10.2013*

Jusqu'au *10.10.2013*

Date de fin prévisible de l'arrêt de travail : *10.10.2013*

### INFORMATIONS CONCERNANT LA MALADIE

Diagnostic(s) de l'affection motivant la prescription d'arrêt de travail :

*Suite à syndrome grippeux d'origine*

Arguments cliniques et résultats éventuels des examens complémentaires récents significatifs : *Malaise, fièvre, toux importante*

Projet thérapeutique détaillé : spécialités pharmaceutiques – autres soins y compris para-médicaux

*A été traité par [REDACTED] à domicile*

Eléments constitutifs de l'incapacité de travail

- Profession actuelle *laisse moyenne*
- Signes fonctionnels de l'incapacité de travail en rapport avec la profession
- Facteurs sociaux associés *avant réjouissance [REDACTED]*

Date et signature du praticien

*06/10/13*

Identification du praticien

DR AGOPIAN JEAN-MARIE  
14 RUE DES PEINTRES  
PARROCEL 84000 AVIGNON  
841041783