

## Attestation D'invalidite Totale et Temporaire

### Attestation du médecin

Nom du patient	Date de naissance
Adresse	

1. A quel moment les symptômes se sont-ils manifestés, l'accident s'est-il produit ou la blessure a-t-elle été subie ?
2. Date de premier examen par le médecin ?
3. L'état du patient est-il attribuable à une maladie, ou à une blessure découlant de son emploi ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4. L'état du patient est-il causé par une maladie, ou par un accident ou une blessure ?
5. Le patient a-t-il déjà connu un état identique ou du même genre ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, indiquer la date et préciser :
6. Dates du traitement a) date de la première visite _____ b) date de la dernière visite _____ c) fréquence des visites : une fois par semaine _____ par mois _____ autre (préciser) _____
7. Nature du traitement (y compris, s'il y a lieu, les interventions chirurgicales et les médicaments prescrits)
8. Diagnostic et causes contributives
9. L'accident ou la maladie en question a entraîné l'invalidité totale du patient depuis
10. Le patient est-il retourné au travail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date de retour _____ Si non, date de retour prévu _____
11. Remarques

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)	Téléphone :
Adresse	

Signature

Date