



Service du Conseil médical
Tel : 04.50.09.53.73 et 04.50.09.53.72
conseil-medical@cdg74.fr

**CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL
FORMATION RESTREINTE
FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE**

NOTICE MEDICALE CONFIDENTIELLE

A compléter par le Médecin traitant
ou le Médecin spécialiste
**uniquement dans le cadre d'une saisine
du Conseil médical**

Version 01/2025

*Le Conseil médical départemental doit examiner le dossier de l'agent ci-dessous désigné lors de sa prochaine réunion. Les agents travaillant dans la fonction publique n'étant pas soumis aux mêmes règles que les salariés du régime général de la sécurité sociale, le Conseil médical, pour émettre son avis, souhaite que vous lui complétiez et retourniez cette notice médicale, **sous pli confidentiel**, à l'adresse suivante :*

**CDG DE LA HAUTE-SAVOIE – SERVICE CONSEIL MEDICAL
A l'attention du Président du Conseil médical
44 Rue du Goléron - 74370 ANNECY.**

Objet de la demande :

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(LA) PATIENT(E)
(à compléter par l'agent)**

Collectivité : _____

Nom, nom de jeune fille, prénom : _____

Date de naissance : _____

Situation familiale : _____

Adresse : _____

Fonction : _____

Description du poste : _____



CONFIDENTIEL

I. PATHOLOGIE(S) AUTRE(S) QUE MENTALE(S)

L'arrêt fait-il suite ou est-il en rapport avec :

- Un accident de vie privé Une maladie professionnelle Un accident du travail (service)

1. **ANTECEDENTS**

2. **HISTOIRE DE LA MALADIE**

3. **SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC**

CIM-10

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

4. **SI AFFECTION CANCEREUSE** (Codage TNM / Existence de métastases)

5. **EVENTUELLE(S) AFFECTION(S) ASSOCIEE(S)**

6. **COMPTE-RENDU DE CONSULTATION SPECIALISEE**

7. **EXAMENS COMPLEMENTAIRES ET DATES**

Biologie

Imagerie

8. **TRAITEMENTS** (joindre la dernière ordonnance)

9. **EVOLUTION PREVISIBLE**

II. PATHOLOGIE(S) MENTALE(S)

1. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

2. HISTOIRE DE LA MALADIE

3. SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

CIM-10

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

4. TRAITEMENTS

Médicamenteux (joindre la dernière ordonnance)

Suivi psychiatrique

Nom du médecin

Rythme des consultations, hospitalisation...

5. EVOLUTION PREVISIBLE



Service du Conseil médical
Tel : 04.50.09.53.73 et 04.50.09.53.72
conseil-medical@cdg74.fr

**CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL
FORMATION RESTREINTE
FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE**

NOTICE MEDICALE CONFIDENTIELLE

A compléter par le Médecin traitant
ou le Médecin spécialiste
**uniquement dans le cadre d'une saisine
du Conseil médical**

Version 01/2025

Collectivité : _____

Nom de l'agent : _____ **Né(e) le** _____

III. PERSPECTIVE DE REPRISE

A quelle date pourrait reprendre l'agent ? _____

A temps complet

A temps partiel thérapeutique (quotité ____%). Quelle durée prévisible ? _____

Un aménagement de poste doit-il être envisagé ? Oui Non

Si oui lequel : _____

Un changement de poste doit-il être envisagé ? Oui Non

A _____, le _____
(Signature et cachet)