



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 05/2023

*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  
55 Rue du Val-Vert - CS 30 138 - SEYNOD - 74600 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 05/2023

**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)