



RAPPORT DU CONSEIL MEDICAL (cas de rente)



Les dates sont en format JJ MM AAAA

Etabli par le Docteur

Nom

Prénoms

Accident Dossier N°

N° Assurance

Nom et prénoms du blessé

Circonstances de l'accident (selon les dires de l'assuré)

Diagnostic et état descriptif des blessures

Y a t-il relation de cause à effet entre les circonstances de l'accident et les lésions ?

Oui ☐

Non ☐

Durée approximative de l'IT : ans mois jours

Doit-on envisager une I.P.P. ? ans mois jours

Date de prochaine convocation au C.M.

L'assuré devra reprendre le travail

le Date de guérison ou de consolidation

La décision a t-elle été notifiée au medecin traitant?

Oui ☐

Non ☐

Cette décision est-elle contestée par l'assuré?

Oui ☐

Non ☐

Fait à

le

Signature lisible ou cachet du Médecin

[Vous pouvez télécharger cet imprimé en ligne sur www.cnss.tg](http://www.cnss.tg) et le remplir en caractères majuscules et sans ratures.