



RAPPORT DU CONSEIL MEDICAL (cas de rente)



Les dates sont en format JJ MM AAAA

RMFRE160128

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 et le remplir en caractères majuscules et sans ratures.