

DOSSIER MEDICAL

Nom et prénom du patient :

Destination :

Date de naissance :/...../.....

Date de départ :/...../.....

Date de retour :/...../.....

**A remplir par le médecin
sur la demande du patient et à lui remettre
pour servir et faire valoir ce que de droit**

- 1- Le patient souffre-t-il d'une pathologie nécessitant un suivi ou un traitement ? Oui Non
- 2- De quelle affection exacte souffre votre patient ?
La maladie est-elle consolidée ? Oui Non
- 3- Quelle est la date exacte de découverte de la maladie ? /...../.....
- 4- Quel traitement a été prescrit ?
- 5- Existe-t-il des pathologies associées ? Oui Non
- 6- Le patient a-t-il consulté un autre médecin avant vous pour la même affection ?
si Oui à quelle date ? Oui Non
...../...../.....
- 7- Le voyage envisagé par votre patient est-il contre indiqué pour la durée et la destination en référence ?
Oui Non
- 8- L'affection du patient comporte-t-elle un risque d'aggravation brutale et proche, pour la durée et la destination en référence ?
Oui Non

En vous remerciant par avance,

Veuillez agréer, Docteur, l'expression de nos salutations distinguées.

Date, cachet et signature.

**Document à remplir par le médecin et à
remettre au patient qui pourra l'adresser au Médecin
Conseil de la Compagnie (selon les dispositions de la
Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits
du malade et à la qualité du système de santé)**