

**RAPPORT MEDICAL  
RELATIF AU CONTROLE DE L'INAPTITUDE AU TRAVAIL**

Dossier n° .....

Le présent rapport constitue un des éléments du dossier relatif à la demande de pension de vieillesse formulée au titre de l'inaptitude au travail par le demandeur ci-dessous désigné.

Il est rempli par le conseil médical de l'institution compétente du pays de résidence et adressé, avec la fiche professionnelle, sous pli cacheté portant la mention « CONFIDENTIEL – SECRET MEDICAL » au conseil de l'institution de l'autre pays.

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR**

1.1	Nom .....	Nom de naissance .....
1.2	Prénoms .....	
1.3	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin - <input type="checkbox"/> Féminin	Nationalité : .....
1.4	Date de naissance : .....	Lieu de naissance : .....
1.5	Adresse précise du travailleur : ..... .....	
1.6	Profession .....	
1.7	Numéro d'immatriculation en France : .....	
	Numéro d'immatriculation au Gabon : .....	

A l'attention du Conseil médical

Le but de ce document est de fournir au contrôle médical de l'institution chargée de la gestion du risque vieillesse dans l'autre pays des éléments d'information lui permettant de prendre une décision en toute connaissance de cause.

En conséquence, il est instamment demandé au CONSEIL MÉDICAL de bien vouloir préciser notamment les DATES et le STADE D'EVOLUTION des affections, maladies chroniques, traumatismes et infirmités mentionnées sur son certificat. Il convient également que soit signalée toute date d'INTERVENTION CHIRURGICALE.

Le conseil médical de l'institution compétente du pays de résidence ci-dessous désignée :

Dénomination : .....

Adresse : .....

déclare avoir examiné M. ....

et avoir fait les constatations suivantes : .....

Maladies antérieures .....

Infirmités .....

Affections motivant la requête .....

1. ETAT GENERAL

Taille .....

Poids .....

Sénilité .....

2. TEGUMENTS .....

3. APPAREIL RESPIRATOIRE .....

4. APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE :

Cœur .....

Tension artérielle .....

Artères .....

Veines .....

Oedèmes .....

5. APPAREIL DIGESTIF .....

6. PAROI ABDOMINALE :

Hernies .....

7. APPAREIL URO-GENITAL :

Éléments anormaux (sucre-albumine) .....

Nombre de grossesses .....

Prolapsus .....

(indiquer le degré et les complications)

8. ETAT NEURO-PSYCHIQUE

9. ORGANES DES SENS :

VUE (après correction) :

-oeil droit .....

- œil gauche .....

Ouïe .....

10. OS ET ARTICULATIONS

Localisations .....

Déformations .....

Conséquences .....

11. AUTRES APPAREILS .....

Avis du conseil médical sur l'inaptitude

CONCLUSIONS : .....  
.....  
.....  
.....

Diagnostic : .....  
.....

Principale cause d'inaptitude : .....

QUEL EST VOTRE AVIS SUR LA REDUCTION DE LA CAPACITE DE TRAVAIL DE L'INTERESSE ?  
.....  
.....  
.....

S'AGIT-IL D'UN ÉTAT DEFINITIF ?  
.....  
.....  
.....  
.....

L'état de santé du requérant nécessite-t-il l'AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se lever, se coucher, s'habiller, s'alimenter, etc.) ? (1) .....

Si oui, depuis quelle date ? .....

A ..... , le .....

Cachet de l'institution :

Signature du médecin-conseil :

(1) Application de la législation française