**Direction Départementale**

**de l’Emploi, du Travail et**

**des Solidarités**

Clermont-Ferrand, le

|  |  |
| --- | --- |
| Secrétariat du conseil médical départementalddets-cmcr@puy-de-dome.gouv.fr | Le secrétariat du conseil médicalàMadame, monsieur |

**OBJET**: **Instruction de votre dossier par le conseil médical départemental**

**P.J.** : Certificat détaillé à transmettre

Votre administration nous a soumis l’instruction de votre dossier médical.

Afin de pouvoir le traiter, je vous serais obligé de bien vouloir faire renseigner le certificat médical ci-joint par votre médecin et de le retourner sous pli confidentiel à l’adresse suivante :

Direction départementale de l’emploi, du travail et des solidarités du Puy-de-Dôme

Médecin Président - Secrétariat du Conseil médical départemental

Cité administrative – 2 rue Pélissier

63034 CLERMONT-FERRAND Cedex 1

 Pour toute demande d’octroi de congé longue maladie ou d’octroi de congé longue durée, il devra être accompagné de **tous documents** **permettant d’apprécier la nature du diagnostic** (comptes rendus spécialisés, comptes rendus opératoires, résultats d’anatomopathologie en cas de pathologie cancéreuse…).

 Si vous n’avez pas ces documents en votre possession, vous pouvez les demander à votre médecin traitant car ils sont **indispensables** pour l’instruction de votre dossier.

**En leur absence le dossier ne pourra être instruit.**

 Le secrétariat est a votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

 Le secrétariat du Conseil Médical

 Départemental du Puy-de-Dôme



 **CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL DU PUY-DE-DÔME**

|  |
| --- |
| **Demande formulée par : *(à renseigner par l’agent)*** |

NOM et Prénom : Date de naissance :

Adresse e-mail :………………………………………………………………………………Numéro de téléphone………………………………………….

Nom de votre employeur :

**J’autorise le médecin instructeur du conseil médical à prendre contact avec mon médecin en cas de nécessité d’éléments médicaux complémentaires : OUI □ NON □**

*Ces compléments d’information peuvent éviter de diligenter une expertise.*

**CERTIFICAT MÉDICAL DÉTAILLE**

***(à renseigner par le médecin)***

*Les éléments ci-dessous permettent aux médecins du conseil médical départemental d’examiner la situation de votre patient(e) en toute connaissance de cause. En l’absence de retour de votre part, le dossier de votre patient ne pourra donc pas être examiné.*

|  |
| --- |
| **I - Données médicales** |
| Motif(s) de l’arrêt en cours : |
| Histoire de la maladie (*date des premiers symptômes, évolution, traitements, interventions etc …)* : |
| Examen clinique : |
| Antécédent(s) en rapport avec cette pathologie : |
| Suivi spécialisé :  [ ]  NON [ ]  OUI Fréquence du suivi : |
| Coordonnées(s) du/des médecins spécialistes :  **CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL DU PUY-DE-DÔME** |
| **II – Traitement actuel** |
|  |
| **III – Résumés des examens médicaux effectués** |
| **□** Compte rendu spécialisé□ Compte rendu opératoire□ Anatomopathologie, en cas de pathologie cancéreuse***Joindre copie de ces documents, nécessaires pour l’octroi d’un congé longue maladie ou de longue durée.*** |
| **IV - Conclusions** |
| **En votre qualité de médecin traitant, l’état de santé du patient justifie :** |
| [ ]  L’octroi/renouvellement d’un congé longue maladie |
| [ ]  L’octroi/renouvellement d’un congé longue durée |
| [ ]  L’octroi/renouvellement d’un congé grave maladie |
| [ ]  Autre (*préciser*) : |

Fait à  Le

|  |
| --- |
| Signature et tampon du médecin référent (*obligatoire*) : |



 **CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL DU PUY-DE-DÔME**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Administration :

Fonctions :

 □ Titulaire □ stagiaire □ contractuel

Motif :

|  |
| --- |
| **PARTIE RESERVEE AU SECRÉTARIAT DU CONSEIL MÉDICAL****DÉPARTEMENTAL DU PUY-DE-DÔME** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de réception par le secrétariat du conseil médical départemental :** | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |
| **Observations du médecin instructeur :** |
|  |
| **EXPERTISE :** [ ]  **OUI** [ ] **NON** |
| **Si OUI :** [ ] **Généraliste** [ ] **Spécialiste :** |
| **Demande de compléments d’information :** |

 **Date :**

**SIGNATURE du Médecin instructeur**