

# Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non Salariés

## CASNOS

Etabli par le médecin traitant et adressé au médecin conseil sous pli confidentiel en même temps que la prescription de cure thermale, les deux documents devront être remis à l'assuré.

### CURE THERMALE

#### Malade :

Nom et prénom : ..... Age : .....

Adresse : .....

#### Assuré :

Nom et prénom : ..... Age : .....

N° d'immatriculation : .....

Adresse : .....

Antenne d'affiliation: .....

Maladies importantes antérieures à l'affection actuelle: .....

Cures antérieures: .....

Diagnostic à l'affection invalidante : .....

Traitement suivi depuis le début de l'affection: .....

Médical : .....

Chirurgical (date de l'intervention chirurgicale éventuelle, type protocole opératoire) : .....

Autres : .....

Antécédents familiaux : .....

Personnels :

Affection congénitale : .....

Maladies : .....

Interventions chirurgicales : .....

Etat général : .....

Poids : ..... Taille : .....

Examen Cardio-vasculaire :

a) Cœur :

a. Rythme : .....

b. T.A : .....

b) Vaisseaux :

a. Veines : .....

b. Artères : .....

c) Résultats d'examen complémentaires éventuels : .....

Examen de l'appareil locomoteur :

a) Affections invalidantes : .....

b) Examens fonctionnels :

1. Douleur : .....

2. Impotence : .....

3. Inflammation : .....

c) Examen articulaire : .....

1. Mobilité de l'articulation touchée : .....

2. Mobilité de l'articulation sus-jacente : .....

3. Mobilité de l'articulation sous-jacente : .....

- d) Segments osseux touchés : .....
- e) Examen musculaire :
  - 1. Amyotrophie : .....
  - 2. Paralyse : .....

**Examen des téguments :**

**Examen de l'appareil respiratoire :**

**Examen oto-rhino-laryngologique :**

**Examen de l'appareil digestif :**

**Examen de l'appareil génito-urinaire :**

**Examen des autres appareils :**

**Examens complémentaires :**

- a) Laboratoire :
  - Glycémie : .....
- b) Radiologie : .....
- c) Autres : .....

**Désignation de l'examen :** .....

**Désignation de l'établissement proposé :** .....

**Durée probable du séjour :** .....

Je soussigné Docteur ..... Médecin traitant

Atteste qu'il n'existe aucune contre-indication à la cure

Atteste qu'il existe une contre indication à la cure   
(Mettre une croix dans le cercle utile).

Cachet et adresse du médecin traitant  
.....  
.....  
.....

Fait à: ..... Le : .....  
Signature