

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 sur le cercle utile).

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

Fait à: le :
Signature