

## 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)**