



La sécurité sociale des cultes

Dossier médical confidentiel  
à produire à l'appui  
d'une demande de pension d'invalidité

► **Pour nous contacter :**

**Vous désirez des informations complémentaires,  
vous souhaitez nous rencontrer,**

- **appelez-nous au 01 41 58 45 45**
- **connectez-vous sur le site [www.cavimac.fr](http://www.cavimac.fr)**





## I. ANTÉCÉDENTS

## II. EXAMEN CLINIQUE

⇒ **Etat général** : (aspect, corpulence)

Poids :

Taille :

Bon

Moyen

Médiocre

- Aptitude à la marche :

⇒ **Appareil cardio-vasculaire**

- Tension artérielle :

- Cœur :

- Troubles circulatoires :

⇒ **Appareil respiratoire**

⇒ **Appareil génito-urinaire**

⇒ **Appareil digestif**

- Denture :

⇒ **Appareil locomoteur**

- Force musculaire :

- Paroi abdominale :

- Troubles ostéo-articulaires :

⇒ **Appareil sensoriel**

- Vue :

- Audition :

- Corrections :

Visuelle	:	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Auditive	:	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

⇒ **Neuro-psychisme** (fonctions supérieures, humeur)

**III. TRAITEMENT**

**IV. APPRÉCIATION DES CONDITIONS D'OCTROI DE LA MAJORATION POUR TIERCE PERSONNE**

Le malade examiné :

- |   |     |                          |     |                          |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Peut-il se lever, se coucher seul ?  | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 2. Peut-il s'asseoir, se lever seul d'un siège ?  | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 3. Peut-il se déplacer seul dans son logement ?<br>(y compris en fauteuil roulant)              | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 4. Peut-il s'installer seul dans son fauteuil roulant et en sortir seul ?                       | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 5. Pourrait-il se relever seul en cas de chute ?  | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 6. Pourrait-il quitter seul son logement en cas de danger ?                                     | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 7. Peut-il se vêtir ou se dévêtir totalement seul ?   | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Peut-il se vêtir ou se dévêtir partiellement seul ?   | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 8. Peut-il manger et boire seul ?   | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 9. A-t-il besoin d'aide pour aller uriner et aller à la selle ?                                 | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 10. Peut-il mettre seul son appareil orthopédique ?   | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 11. En cas de troubles psychiques, présente-t-il un danger grave pour lui-même ou pour autrui ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

**COMMENTAIRES**

**V. PRINCIPALES AFFECTIONS INVOQUÉES À L'APPUI DE LA REQUÊTE**

**VI. APPRECIATION DES POSSIBILITÉS D'ACTIVITÉ RESTANTES**

a) Physiques :  
b) Psychiques :

**VII. DISCUSSION**

**VIII. CONCLUSION**

L'assuré semble en mesure d'effectuer une activité, même restreinte	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
L'assuré semble en mesure d'accomplir seul les actes ordinaires de la vie	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

Fait à \_\_\_\_\_ Le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Le Docteur \_\_\_\_\_

Médecin traitant