

# kwarat.com

Et l'administration devient simple

©**kwarat.com**, tous droits réservés.

La reproduction du contenu de ce site web, en tout ou en partie, est strictement interdite sans la permission écrite de l'auteur.

Tout autre matériel contenu sur ce site ne nous appartenant pas (photos, textes, images, logos, noms de produits ou de marques,...) est la propriété de leurs détenteurs respectifs.

CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE DES NON SALARIES  
C.A.S.N.O.S

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 : .....  
Centre de paiement : ..... N° employeur : .....

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

**Cures antérieures :**

**Diagnostic de l'affection invalidante:**

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

Médical : .....

Chirurgical (date de l'intervention chirurgicale éventuelle, type protocole- respiratoire).  
.....

Autres : .....

**Antécédents familiaux :**

**Personnels :**

Affection congénitale : .....

Maladies : .....

Interventions chirurgicales : .....

Etat général : .....

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

**Examen cardio-vasculaire :**

**a) Coeur :**

\* Rythme : .....

\* T.A : .....

**b) Vaisseaux:**

\* Veines : .....

\* Artères : .....

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

**Examen de l'appareil locomoteur :**

a) Affections invalidantes : .....

b) **Examens fonctionnels :**

- \* Douleur : .....
  - \* Impotence : .....
  - \* Inflammation : .....
- c) **Examen articulaire :** .....

- \* Mobilité de l'articulation touchée : .....
- \* Mobilité de l'articulation sus-jacente : .....
- \* Mobilité de l'articulation sous-jacente : .....

- d) Segments osseux touchés : .....
- e) Examen musculaire : .....
- \* Amyotrophie : .....
  - \* Paralysie : .....

**Examen des téguments :** .....

**Examen de l'appareil respiratoire :** .....

**Examen otho- 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 :** .....

**Duré probable du séjour :** .....

Je soussigné Docteur.....  
- atteste qu'il n'existe aucune contre- indication à la cure  
- atteste qu'il existe une contre-indication à la cure

**Barrer la mention inutile.**

Cachet et adresse du médecin -traitant

Fait à ..... le .....

Signature