

MEDICAL REPORT - *RAPPORT MEDICAL*(Art. 5 and 10 § 1 of the Administrative Arrangement)
(Art. 5 et 10 § 1 de l'Arrangement Administratif)1. RECEIVING INSTITUTION - *INSTITUTION A LAQUELLE LE RAPPORT EST DESTINE*

Name - <i>Dénomination</i> :
Address - <i>Adresse</i> :
.....

2. PERSON EXAMINED - *PERSONNE EXAMINEE*

Name (name at birth) :	Married name (if any) :
<i>Nom patronymique (nom de naissance)</i>	<i>Nom d'usage (le cas échéant)</i>
First names :	Sex : male - female (1)
<i>Prénoms</i>	<i>Sexe : masculin - féminin (1)</i>
Citizenship : French - Philippine - Other :	Refugee - Stateless (1)
<i>Nationalité : Française - Philippine - Autre</i>	<i>Réfugié - Apatride (1)</i>
Date of birth - <i>Date de naissance</i> :	Place of birth - <i>Lieu de Naissance</i> :
Address - <i>Adresse</i> :	
Last occupation - <i>Dernière profession exercée</i> :	
Social Security Number - <i>Numéro d'immatriculation</i> :	

3. REPORT ESTABLISHED BY THE PHYSICIAN - *RAPPORT ETABLI PAR LE DOCTEUR*

Name - <i>Nom</i> :
First names - <i>Prénoms</i> :
Address - <i>Adresse</i> :
Examining physician - <i>Médecin contrôleur de</i> :

4. INSTITUTION ASKING FOR THE MEDICAL EXAMINATION - *INSTITUTION QUI A FAIT PROCEDER A L'EXAMEN*

Name - <i>Dénomination</i> :	
Address - <i>Adresse</i> :	
Seal - <i>Cachet</i> :	Date - <i>Date</i> :
	Signature - <i>Signature</i> :

Previous illnesses - *Maladies antérieures*

Disabilities - *Infirmités*

Disorder causing the petition - *Affections motivant la requête*

1. GENERAL CONDITION - *ETAT GENERAL*

. Height - *Taille*

. Weight - *Poids*

. Senility - *Sénilité*

2. TEGUMENT - *TEGUMENTS*

3. RESPIRATORY SYSTEM - *APPAREIL RESPIRATOIRE*

4. CARDIO VASCULAR SYSTEM - *APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE*

. Heart - *Coeur*

. Blood pressure - *Tension artérielle*

. Arteries - *Artères*

. Veins - *Veines*

. Edema - *Oedèmes*

5. DIGESTIVE SYSTEM - *APPAREIL DIGESTIF*

6. ABDOMINAL WALL - *PAROI ABDOMINALE*

. Hernias - *Hernies*

7. URO-GENITAL SYSTEM - *APPAREIL URO-GENITAL*

. Abnormal elements (sugar, albumin) - *Eléments anormaux (sucre, albumine)*

. Number of pregnancies - *Nombre de grossesses*

. Prolapse (show the degree and the complications) - *Prolapsus (indiquer le degré et les complications)*

8. NEUROPSYCHIC CONDITION - *ETAT NEUROPSYCHIQUE*

9. ORGANIC SENSES - *ORGANES DES SENS*

Sight (after correction) - *Vue (après correction)* : . Left eye - *Oeil gauche*

. Right eye - *Oeil droit*

Hearing - *Ouïe*

10. BONES AND JOINTS - *OS ET ARTICULATIONS*

. Localisations - *Localisations*

. Deformities - *Déformations*

. Implications - *Conséquences*

11. OTHER SYSTEMS - *AUTRES APPAREILS*

CONCLUSION - CONCLUSIONS :

DIAGNOSIS - DIAGNOSTIC :

Main cause for disability - Principale cause de l'invalidité :

What is your opinion of the reduction of work capacity of the interested person ?
Quel est votre avis sur la réduction de la capacité de travail de l'intéressé ?

Is this a permanent condition ? S'agit-il d'un état définitif ?

Does the claimants state of health necessitate help from a third person in order to do ordinary daily routines (to get up, to lie down,
L'état de santé du requérant nécessite-t-il l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se lever, se coucher,

to get dressed, to eat, etc) ?
s'habiller, s'alimenter, etc) ?

If yes, at what date ? Si oui, à quelle date ?

Done in on
Fait à le

SIGNATURE AND SEAL OF PHYSICIAN
SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

1. REPORT ESTABLISHED BY THE PHYSICIAN - RAPPORT ETABLI PAR LE DOCTEUR

Name - Nom
First names - Prénoms
Address - Adresse
Examining physician - Médecin consultant de

2. INSTITUTION ASKING FOR THE MEDICAL EXAMINATION - INSTITUTION QUI A FAIT PROCEDER A L'EXAMEN

Name - Dénomination
Address - Adresse
Seal - Cachet
Date - Date
Signature - Signature

(1) Delete as necessary

(2) Biffer la ou les mentions inutiles