



## > Certificat médical (à remplir par votre médecin)

**TRÈS IMPORTANT** : pour chaque affection, maladie chronique, traumatisme et infirmité mentionné(e) dans ce certificat, votre médecin doit préciser les dates et le stade d'évolution, ainsi que toute date d'intervention chirurgicale éventuelle.

		À remplir par votre médecin	Réservé au médecin-conseil de la CAVP
<b>Taille, poids, sénilité (âge apparent)</b>			
<b>Maladies antérieures</b>			
<b>Infirmité</b>			
<b>Affection motivant la requête</b>			
<b>Téguments</b>			
<b>Appareil respiratoire</b>	Trouble fonctionnel		
	Examen clinique		
	Radio		
<b>Appareil cardio-vasculaire</b>	Trouble fonctionnel		
	Cœur		
	TA		
	Artères		
	Veines		
	Œdème		
<b>Appareil digestif</b>	Doléance		
	Examen clinique		
<b>Paroi abdominale</b>	Hernie		
	Éventration		
<b>Appareil uro-génital</b>	Élément anormal (sucre-albumine)		
	Pollakiurie		
	Nombre de grossesses		
	Prolapsus (degré et complications)		
<b>État neuropsychique</b>	Trouble de la parole		
	Trouble de l'équilibre		
	Trouble de la marche		
	Réflexes		
	Fonctions intellectuelles		
	Mémoire		
	Psychisme		

## > Certificat médical (suite)

		À remplir par votre médecin	Réservé au médecin-conseil de la CAVP
Facultés sensorielles	Vue OD Après correction		
	Vue OG Après correction		
	Audition		
Os et articulations	Localisation		
	Déformation		
	Impotence fonctionnelle		
Autres appareils	Examens de laboratoire		

## > Conclusions

• Principales causes d'inaptitude ou d'invalidité .....

.....

• Avis sur la réduction de la capacité de travail de l'intéressé(e) .....

.....

• Si cette demande concerne une pension d'invalidité, l'intéressé(e) est-il capable d'exercer une activité rémunérée ?

Oui     Non

Précisez .....

.....

• S'agit-il d'un état définitif ?                     Oui     Non

Précisez .....

.....

Le Docteur .....

demeurant .....

.....

N° d'inscription au Conseil national de l'Ordre des médecins

.....

Déclare avoir examiné M. / Mme .....

.....

Demeurant .....

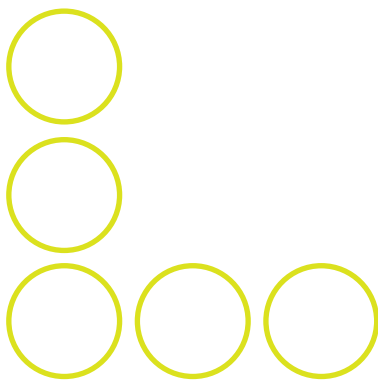
.....

À .....

Date 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Signature et cachet du médecin**



## > Conclusions (réservé au médecin-conseil de la CAVP)

.....  
 .....  
 .....

- Examens complémentaires éventuellement demandés

.....  
 .....

*Le médecin-conseil de la CAVP se réserve le droit de demander des résultats d'examens complémentaires ou autres documents qui ne figureraient pas dans ce rapport.*

À .....

Date 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Signature du médecin-conseil de la CAVP**

### Important

Ce rapport est destiné à être joint à toute demande de liquidation d'un avantage vieillesse au titre de l'inaptitude au travail ou de l'invalidité.

Page 1 : à remplir par l'affilié(e).

Pages 2 et 3 : à remplir par votre médecin.

Page 4 : à remplir par le médecin-conseil de la CAVP.

**Merci de retourner ce rapport complété, sous pli confidentiel fermé portant la mention du numéro de dossier CAVP, à l'attention du médecin-conseil de la CAVP, le Docteur DELMAS-CABANES.**

**Protection des données informatiques** : toutes les données vous concernant sont traitées conformément aux dispositions de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement des données qui vous concernent. Pour l'appliquer, il vous suffit de nous en faire la demande par courrier à l'adresse suivante : Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens - 45, rue de Caumartin - 75441 Paris Cedex 09, ou par courriel à l'adresse : dpo@cavp.fr, en précisant vos nom, prénom et numéro de dossier CAVP.

**Exercice du droit de communication** : en application de l'article L.114-19 du code de la Sécurité sociale, la CAVP est habilitée à exercer un droit de communication. Dans ce cadre, les informations que vous déclarez peuvent être vérifiées.

