

## Dossier médical

(Cachet Administration)
-------------------------

N° Dossier :
Date d'envoi :
Date de réception :

### QUESTIONNAIRE MEDICAL

#### ADMISSION A LA RETRAITE POUR INVALIDITE

Le présent questionnaire vient **en complément du rapport d'expertise** afin de permettre de préciser les particularités du dossier. Il doit être **soigneusement rempli** par le médecin agréé afin d'éviter le recours à des expertises complémentaires.

Le régime des pensions des fonctionnaires de l'État prévoit qu'un agent peut être admis à la retraite pour invalidité et obtenir une pension civile d'invalidité :

- **si, en raison de son invalidité, il est définitivement inapte à l'exercice de ses fonctions et ne peut pas être reclassé dans un autre emploi à l'État**

et

- **si son invalidité est apparue, ou s'est aggravée, durant une période d'acquisition de droits à la retraite.**

Ces conditions nécessitent de pouvoir apprécier la situation du fonctionnaire :

- au plan médical : désignation des infirmités, fixation des taux d'invalidité, avis médical sur l'imputabilité au service, examen au regard de l'état de santé des conditions de la poursuite d'une activité professionnelle ;
- au regard de l'historique des infirmités : antériorités par rapport à la titularisation, fixation des taux au début et à la fin de chaque période d'interruption des services valables pour la retraite (disponibilité, congé parental avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004, radiation des cadres avant l'âge normal de la retraite, ...), constat d'un lien fonctionnel ou d'une relation médicale d'aggravation avec une infirmité préexistante.

En application de l'article L. 31 du code des pensions civiles et militaires de retraite, le secret médical n'est pas opposable aux services administratifs habilités à instruire le présent dossier, et dont les agents sont eux-mêmes tenus au secret professionnel.

## Renseignements concernant le fonctionnaire (à remplir par l'administration)

NOM D'USAGE :	NOM DE FAMILLE :
PRÉNOM :	DATE DE NAISSANCE :
AFFECTATION :	
DATE DE NOMINATION DANS LA FONCTION PUBLIQUE : (à l'exclusion des services auxiliaires)	
DATE DE TITULARISATION :	

PÉRIODES NON VALABLES POUR LA RETRAITE		
Positions statutaires (disponibilité, congé parental...)	Durée des périodes	
	Date de début	Date de fin

DATE D'EFFET DE L'ADMISSION À LA RETRAITE :

SI LE FONCTIONNAIRE EST DÉJÀ TITULAIRE D'UNE ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ, LISTE DES INFIRMES INDEMNISÉS :				
Désignation des infirmités	Premier examen		Dernier examen	
	Taux	Date d'effet	Taux	Date d'effet

## Renseignements médicaux (à remplir par le médecin agréé)

### ► Présentation des infirmités du fonctionnaire dans l'ordre d'apparition

Utiliser un feuillet ci-après par infirmité - En cas de besoin, ajouter des feuillets supplémentaires

**Nombre de feuillets utilisés**

## INFIRMITÉ N° 1

**Désignation de l'infirmité :**

**Origine de l'infirmité (\*) :**

(\*) : accident ou maladie, date de survenance (accident) ou de constatation (maladie).

**Survenance et taux de l'infirmité :**

Date d'apparition de l'infirmité	Imputabilité au service (par origine ou aggravation) oui/non	Taux d'invalidité à la date d'admission à la retraite	Taux d'invalidité avant la titularisation (le cas échéant)

◆ **En cas d'interruption de services valables pour la retraite (voir page 2), taux successifs :**

1 <sup>ère</sup> interruption		2 <sup>ème</sup> interruption		3 <sup>ème</sup> interruption	
Date de début :	Date de fin :	Date de début :	Date de fin :	Date de début :	Date de fin :
Taux :	Taux :	Taux :	Taux :	Taux :	Taux :

◆ **Dans le cas de l'aggravation d'une infirmité préexistante, ou dans le cas d'une infirmité présentant une relation médicale d'aggravation ou un lien fonctionnel avec une autre infirmité préexistante, préciser :**

Désignation de l'infirmité préexistante (préciser si : - même infirmité ou - infirmité distincte)	Constat d'une aggravation ou d'une relation d'aggravation médicalement séparable	Constat d'une aggravation ou d'une relation d'aggravation non médicalement séparable	Constat d'un lien fonctionnel d'aggravation
	Taux de l'infirmité préexistante :  Taux supplémentaire :	Taux de l'infirmité préexistante :  Taux global :	Taux de l'infirmité préexistante :  Taux supplémentaire :

◆ **Dans le cas d'une infirmité déjà indemnisée par une allocation temporaire d'invalidité, cocher le sens de son évolution par rapport au dernier examen :**

Amélioration :

Situation inchangée :

Aggravation :

**Observations éventuelles :**

## INFIRMITÉ N° 2

**Désignation de l'infirmité :**

**Origine de l'infirmité (\*) :**

(\*) : accident ou maladie, date de survenance (accident) ou de constatation (maladie).

**Survenance et taux de l'infirmité :**

Date d'apparition de l'infirmité	Imputabilité au service (par origine ou aggravation) oui/non	Taux d'invalidité à la date d'admission à la retraite	Taux d'invalidité avant la titularisation (le cas échéant)

◆ **En cas d'interruption de services valables pour la retraite (voir page 2), taux successifs :**

1 <sup>ère</sup> interruption		2 <sup>ème</sup> interruption		3 <sup>ème</sup> interruption	
Date de début :	Date de fin :	Date de début :	Date de fin :	Date de début :	Date de fin :
Taux :	Taux :	Taux :	Taux :	Taux :	Taux :

◆ **Dans le cas de l'aggravation d'une infirmité préexistante, ou dans le cas d'une infirmité présentant une relation médicale d'aggravation ou un lien fonctionnel avec une autre infirmité préexistante, préciser :**

Désignation de l'infirmité préexistante (préciser si : - même infirmité ou - infirmité distincte)	Constat d'une aggravation ou d'une relation d'aggravation médicalement séparable	Constat d'une aggravation ou d'une relation d'aggravation non médicalement séparable	Constat d'un lien fonctionnel d'aggravation
	Taux de l'infirmité préexistante :  Taux supplémentaire :	Taux de l'infirmité préexistante :  Taux global :	Taux de l'infirmité préexistante :  Taux supplémentaire :

◆ **Dans le cas d'une infirmité déjà indemnisée par une allocation temporaire d'invalidité, cocher le sens de son évolution par rapport au dernier examen :**

Amélioration :

Situation inchangée :

Aggravation :

**Observations éventuelles :**

**Désignation de l'infirmité :**

**Origine de l'infirmité (\*) :**

(\*) : accident ou maladie, date de survenance (accident) ou de constatation (maladie).

**Survenance et taux de l'infirmité :**

Date d'apparition de l'infirmité	Imputabilité au service (par origine ou aggravation) oui/non	Taux d'invalidité à la date d'admission à la retraite	Taux d'invalidité avant la titularisation (le cas échéant)

◆ En cas d'interruption de services valables pour la retraite (voir page 2), taux successifs :

1 <sup>ère</sup> interruption		2 <sup>ème</sup> interruption		3 <sup>ème</sup> interruption	
Date de début :	Date de fin :	Date de début :	Date de fin :	Date de début :	Date de fin :
Taux :	Taux :	Taux :	Taux :	Taux :	Taux :

◆ Dans le cas de l'aggravation d'une infirmité préexistante, ou dans le cas d'une infirmité présentant une relation médicale d'aggravation ou un lien fonctionnel avec une autre infirmité préexistante, préciser :

Désignation de l'infirmité préexistante (préciser si : - même infirmité ou - infirmité distincte)	Constat d'une aggravation ou d'une relation d'aggravation médicalement séparable	Constat d'une aggravation ou d'une relation d'aggravation non médicalement séparable	Constat d'un lien fonctionnel d'aggravation
	Taux de l'infirmité préexistante :  Taux supplémentaire :	Taux de l'infirmité préexistante :  Taux global :	Taux de l'infirmité préexistante :  Taux supplémentaire :

◆ Dans le cas d'une infirmité déjà indemnisée par une allocation temporaire d'invalidité, cocher le sens de son évolution par rapport au dernier examen :

Amélioration :

Situation inchangée :

Aggravation :

**Observations éventuelles :**

► **Conséquences de l'infirmité (ou des infirmités) du fonctionnaire sur sa situation :**

- **Est-il apte à exercer ses fonctions ?.....oui  - non**

- **Est-il apte à exercer un emploi sous réserve :**

- **d'un aménagement de ses conditions de travail ? .....oui  - non**

- **d'une mesure de reclassement ? .....oui  - non**

Si oui, préciser les conditions de la reprise d'activité professionnelle :

- **Est-il définitivement inapte à exercer toutes fonctions à l'État ?.....oui  - non**

- **En cas de coexistence d'infirmités imputables et d'infirmités non imputables, ces dernières le placent-elles, à elles seules, dans l'incapacité définitive de travailler ?.....oui  - non**

- **Si une ou plusieurs infirmités sont déjà indemnisées par une allocation temporaire d'invalidité, cette ou ces infirmités sont-elles compatibles avec la poursuite d'une activité professionnelle à l'État?.....oui  - non**

- **Son état de santé justifie-t-il l'étude de ses droits à une majoration pour assistance constante d'une tierce personne ?.....oui  - non**

**N.B. : les réponses à ces questions doivent être argumentées dans le rapport d'expertise médicale, ou au moyen du questionnaire médical spécifique pour l'attribution de la majoration pour assistance constante d'une tierce personne.**

<b>Cachet et signature du médecin agréé</b>	
(Cachet du médecin agréé)	À _____ le : _____ (Signature du médecin agréé)