**Certificat médical**

1. **Données concernant le patient**

N° Registre National

Nom

Prénom

Date de naissance /  /  Code langue

1. **Le médecin remplit les données suivantes**

La personne susmentionnée est **en incapacité de travail du**  //20 **au** //20 **inclus.**

**Diagnostic (texte libre)**

**Diagnostic principal codé**

**(Code ICPC2)**

**(Code SNOWMED)**

**(Code ICD10)**

**Cause de cette incapacité de travail:**

Maladie Prolongation d’une maladie

Hospitalisation  Prolongation d’une hospitalisation

Maladie due à la grossesse

Accident du travail, survenu le  /  /

Prolongation

Maladie professionnelle, déclarée le  /  /

Prolongation

**L’intéressé(e) peut-il/elle se déplacer en cas de contrôle éventuel ?**

Oui  Non

**3. Données du médecin**

N° INAMI

N° Registre National

Date de signature  /  /