ANNEXES

ANNEXE A

Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
Service médical

IDENTIFIANT :

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

A adresser au médecin de l'OFII

1er bloc rempli par l'administration

Nom :
Prénoms :
Nom d'usage :
Né(e) le :
A :
Nationalité :
Adresse :

Entré en France le :
Tél. :
Email :
Responsable légal :

2ème bloc à remplir par le patient

Je m'engage à fournir au médecin de l'Office français de l'immigration et de l'intégration ou au collège de médecins de cet établissement, toute information et examen nécessaires concernant mon état de santé et d'accomplir les diligences utiles pour les obtenir.
I undertake to supply to the doctor of the French Service of the immigration and the integration or to the college of necessary doctors of this establishment, any information and examination concerning my health and to carry out the useful diligences to obtain them.

Date : **Signature du patient (*patient signing*) :**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation de votre état de santé relatif à votre demande. Les destinataires des données sont les médecins de l'OFII. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à :
OFII -A l'attention du Correspondant Informatique et Libertés- 44 rue Bargue 75015 Paris ou cil.themis@ofii.fr.
Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.
-Le directeur général de l'OFII-
Pour consulter les modèles de mentions légales sur le site de la CNIL : http://www.cnil.fr/vos-responsabilites/informations-legales

The collected informations are treated by computer and used for evaluate your health. OFII's physicians are the only recipients. In accordance with the "Data protection and civil liberties" Act of 6 January 1978, modified, you have a right to access and rectify information relating to you., you can do it by contacting
OFII -Correspondant Informatique et Libertés- 44 rue Bargue 75015 Paris or cil.themis@ofii.fr.
You have right, for legitimate reasons, to object to the processing of your data.
-CEO of OFII-
For more information please refer to CNIL website: http://www.cnil.fr/vos-responsabilites/informations-legales

3ème bloc à remplir par le médecin

1 -Médecin traitant du demandeur : OUI ☐NON ☐
2 -Médecin spécialiste du demandeur : OUI ☐NON ☐
3 -Autre :

Cachet et signature du médecin

Date de la consultation :

Poids : **Taille :**

Langue parlée :

Communication :

Directe ☐ Avec tiers ☐ Avec interprète ☐(préciser langue) :

Facile ☐ Difficile ☐

Note importante au médecin rédacteur du certificat : La personne qui vous remet le présent certificat demande un titre de séjour pour raison de santé ou sollicite une protection contre une mesure d'éloignement. Le présent certificat doit être rempli par le médecin qui suit habituellement l'intéressé ou par le praticien hospitalier, inscrits au tableau de l'ordre. Le traitement du dossier dépend de la qualité de l'information qui sera transmise par le présent certificat et les pièces et documents médicaux l'accompagnant. Toutes ces informations sont transmises dans le respect du secret médical au médecin de l'OFII.
Ce certificat médical est à adresser sous pli confidentiel dans l'enveloppe qui vous est remise par le demandeur.
Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez prendre contact avec le service médical santé de l'OFII au : 01.53.69.53.90 ou cocher ci-après : Contact requis : ☐
Réf : articles L. 313-11 11°, L. 832-1 16°, R. 313-22, R. 313-23, R. 513-1, R. 521-1, R. 523-8 et R. 832-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
Aucune attestation médicale ni information médicale n'est à fournir à la préfecture.

☞ si pathologie psychiatrique, renseigner directement la partie B en page 3

Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
Service médical

IDENTIFIANT :

Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

- **Histoire de la maladie :**

- **Diagnostic principal :**

- **Traitements en cours ou prévisibles** (*date du début, dénomination commerciale ou classe pharmacothérapeutique, durée prévue*) **:**
  -
  -
  -
  Observance :

- **Suivi et examens médicaux :**

- **Si suivi hospitalier, préciser le nom de l'hôpital et du service :**

- **Stade évolutif de la maladie (score, classification):**

- **Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles :**

Observations :

Merci de joindre tous résultats d'examens complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres pièces médicales relatifs à la pathologie invoquée

Fait à

Date :

Cachet et signature du médecin

Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
Service médical

IDENTIFIANT :

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- **Début de la maladie :**
- **Date de la 1ère consultation spécialisée :**
- **Nombre de consultations spécialisées :**
- **Eléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation** (*résilience*) **:**
- **Antécédents médicaux familiaux et personnels :**
- **Histoire des troubles mentaux, mode évolutif :**
- **Etat mental actuel** (*éventuellement échelle d'évaluation*)**:**
- **Discussion diagnostique** (*DSM-5 et/ou CIM-10*) **:**
- **Description détaillée de la prise en charge thérapeutique** (*traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent*) **:**
- **Perspectives et pronostic** (*type et durée prévue des soins, objectifs thérapeutiques, selon quelle fréquence et à quels moments le résultat des soins sera évalué, méthodes d'évaluation des résultats, appréciation sur les perspectives d'évolution*) **:**

Merci de joindre tous résultats d'examens complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres pièces médicales relatifs à la pathologie invoquée

Fait à

Date :

Cachet et signature du médecin