



## Certificat médical HDS à remplir par le médecin

Certificat à adresser sous pli confidentiel à :

APGIS  
à l'attention du Médecin Conseil  
12 rue Massue  
94684 Vincennes Cedex

Je soussigné Dr....., docteur en médecine,

certifie que  Madame  Monsieur.....

Adresse : .....

Date de naissance : ..... est bien atteint(e) d'une maladie non stabilisée ou d'un handicap, figurant dans la liste suivante : (ne pas préciser la maladie ou le handicap)

- Maladies auto-immunes et orphelines ;
- Pathologies nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie ;
- Maladies graves et handicaps figurant dans la liste ci-dessous :
  - \* Accident vasculaire cérébral invalidant,
  - \* Cancer,
  - \* Infarctus ou pathologie cardiaque invalidante,
  - \* Hémopathies,
  - \* Insuffisance hépatique sévère,
  - \* Diabète insulino-instable,
  - \* Myopathie,
  - \* Insuffisance respiratoire instable,
  - \* Parkinson non équilibré,
  - \* Mucoviscidose,
  - \* Insuffisance rénale dialysée décompensée,
  - \* Suite de transplantation d'organe,
  - \* Polyarthrite rhumatoïde évolutive,
  - \* Sclérose en plaques,
  - \* Sclérose latérale amyotrophique,
  - \* Démence sénile,
  - \* Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH),
  - \* Epilepsie,
  - \* Alzheimer,
  - \* Paraplégie traumatique et non traumatique,
  - \* Tétraplégie traumatique et non traumatique.

Certificat établi à : .....le .....

Remis en mains propres à l'intéressé(e) pour usage conforme à la loi.

Signature du médecin :

Cachet du médecin :