

certificat médical accident du travail maladie professionnelle

notice d'utilisation destinée au praticien

Ce certificat médical doit être utilisé pour les salariés victimes d'accidents du travail, de trajet, de maladies professionnelles (dans le cadre des tableaux ou hors tableaux – article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale), ou de rechute.

Les renseignements concernant la victime et l'employeur seront complétés par le praticien à l'aide des informations fournies par la victime.

Dans la partie « renseignements médicaux », décrivez avec précision l'état de la victime, le siège, la nature des lésions ou de la maladie avec les symptômes constatés et les séquelles fonctionnelles.

IMPORTANT

Une reprise de travail peut être antérieure à la date de guérison ou de consolidation. Si la reprise d'un travail léger (à temps partiel) est de nature à favoriser une guérison ou une consolidation, précisez-le dans la rubrique « constatations détaillées ».

Il faut indiquer, en cas de **guérison** ou de **consolidation**, les conséquences définitives de l'accident ou de la maladie.

Il est possible exceptionnellement, sur proposition du médecin traitant, de maintenir des soins après consolidation pour éviter l'aggravation des séquelles.

Cette possibilité, limitée dans le temps, est soumise à l'accord du praticien conseil.

volets 1 et 2 : à adresser directement par le praticien **sous 24 heures** à l'organisme dont dépend la victime
(article L. 441-6 du Code de la sécurité sociale)

volet 3 : à remettre par le praticien à la victime

volet « certificat d'arrêt de travail » : à remettre par le praticien à la victime, qui peut l'adresser, en cas d'arrêt de travail, à son employeur ou à l'ASSEDIC si elle est en situation de chômage, afin de les informer

certificat médical accident du travail maladie professionnelle

(articles L. 441-6 et L. 461-5 du Code de la sécurité sociale)

(ne cocher qu'une seule case)

initial de prolongation

final de rechute

**volet 1, à adresser par
le praticien à
l'organisme dans les
24 heures**

l'assuré(e) (à compléter à l'aide de la carte d'assurance maladie)

• **régime**

général agricole autre : lequel ?

• **identité**

numéro d'immatriculation

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

prénoms

adresse

• **accident du travail ou maladie professionnelle**

s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle :

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle oui non⁽¹⁾

⁽¹⁾ en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

les renseignements médicaux

• **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles)

• **conséquences**

arrêt de travail jusqu'au

sorties autorisées oui non de heures à heures

reprise de travail le

soins jusqu'au *

• **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final)

guérison avec retour à l'état antérieur, date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure, date

consolidation avec séquelles, date

certificat établi le
à
signature du praticien

cachet du praticien ou de l'établissement

* complétez également, si nécessaire, les rubriques « arrêt de travail » ou « reprise du travail »

certificat médical accident du travail maladie professionnelle

(articles L. 441-6 et L. 461-5 du Code de la sécurité sociale)

(ne cocher qu'une seule case)

initial de prolongation

final de rechute

volet 2, à adresser par
le praticien à
l'organisme dans les
24 heures

l'assuré(e) (à compléter à l'aide de la carte d'assurance maladie)

• **régime**

général agricole autre : lequel ?

• **identité**

numéro d'immatriculation

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

prénoms

adresse

• **accident du travail ou maladie professionnelle**

s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle :

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle oui non⁽¹⁾

⁽¹⁾ en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

les renseignements médicaux

• **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles)

• **conséquences**

arrêt de travail jusqu'au

sorties autorisées oui non de heures à heures

reprise de travail le

soins jusqu'au *

• **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final)

guérison avec retour à l'état antérieur, date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure, date

consolidation avec séquelles, date

certificat établi le
à
signature du praticien

cachet du praticien ou de l'établissement

* complétez également, si nécessaire, les rubriques « arrêt de travail » ou « reprise du travail »

certificat médical accident du travail maladie professionnelle

(articles L. 441-6 et L. 461-5 du Code de la sécurité sociale)

(ne cocher qu'une seule case)

initial de prolongation

final de rechute

volet 3, à conserver
par la victime

(à apporter lors de
chaque consultation)

l'assuré(e) (à compléter à l'aide de la carte d'assurance maladie)

• **régime**

général agricole autre : lequel ?

• **identité**

numéro d'immatriculation

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

prénoms

adresse

• **accident du travail ou maladie professionnelle**

s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle :

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle oui non⁽¹⁾

⁽¹⁾ en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

les renseignements médicaux

• **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles)

• **conséquences**

arrêt de travail jusqu'au

sorties autorisées oui non de heures à heures

reprise de travail le

soins jusqu'au *

• **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final)

guérison avec retour à l'état antérieur, date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure, date

consolidation avec séquelles, date

certificat établi le
à
signature du praticien

cachet du praticien ou de l'établissement

* complétez également, si nécessaire, les rubriques « arrêt de travail » ou « reprise du travail »

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

certificat arrêt de travail

accident du travail

maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

 initial de prolongation de rechute**l'assuré(e) (à compléter à l'aide de la carte d'assurance maladie)**

• régime

 général agricole autre : lequel ?

• identité

numéro d'immatriculation

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

prénoms

adresse

• accident du travail ou maladie professionnelle

s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle :présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle oui non⁽¹⁾⁽¹⁾ en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)**l'employeur**

nom, prénom ou dénomination sociale :

CE DOCUMENT PEUT ETRE ADRESSE PAR LA VICTIME A L'EMPLOYEUR POUR JUSTIFIER DE SON ABSENCE

OU A L'ASSEDIC SI ELLE EST EN SITUATION DE CHOMAGE

• conséquences

 arrêt de travail jusqu'ausorties autorisées oui non de heures à heures reprise de travail le

certificat établi le

à
signature du praticien

cachet du praticien ou de l'établissement