

certificat médical

accident du travail maladie professionnelle

notice

à destination du praticien

Ce certificat médical doit être utilisé pour les salariés, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole 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 rechutes.

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

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

Le **volet 3** et le **volet « certificat d'arrêt de travail »** sont à remettre à la victime.

❶ Date de la première constatation médicale de la maladie professionnelle :

La date de la première constatation médicale est la date à laquelle les symptômes ou les lésions révélant la maladie ont été constatés pour la première fois par un médecin même si le diagnostic n'a été établi que postérieurement.

❷ Constatations détaillées :

Décrivez avec précision l'état de la victime, le siège, la nature des lésions ou de la maladie avec les symptômes constatés. Lors de l'établissement du certificat médical final, décrivez les séquelles.

❸ Sorties autorisées :

Vous devez préciser si l'état de la victime autorise des sorties. Dans ce cas, la victime doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'examen médicaux.

❹ Sorties autorisées, par exception, sans restriction d'horaire :

Si, pour des raisons médicales, vous prescrivez des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case « oui ». Dans ce cas, la victime n'a pas à respecter les heures de présence à domicile.

Si vous ne prescrivez pas des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case « non ».

❺ Reprise d'un travail léger :

Permet le service des indemnités journalières, en tout ou partie, quand la reprise d'un travail allégé, en durée ou en pénibilité, est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation. Un arrêt de travail à temps complet précédant immédiatement la reprise d'un travail léger n'est pas exigé dès lors que l'accident du travail ou la maladie professionnelle a entraîné un arrêt de travail à temps complet d'au moins une journée.

❻ Reprise de travail à temps complet :

Une reprise de travail à temps complet peut être antérieure à la date de guérison ou de consolidation.

❼ Eléments d'ordre médical :

Indiquez les éléments justifiant les sorties sans restriction d'horaire.

❽ Conclusions :

En cas de guérison ou de consolidation, indiquez précisément les conséquences définitives de l'accident ou de la maladie dans la rubrique « constatations détaillées ».

Il est possible, sur proposition du médecin traitant, de maintenir si nécessaire des soins après consolidation. Cette possibilité est soumise à l'accord du praticien conseil.

à destination de la victime

Les **volets 1 et 2** sont adressés directement par le praticien à l'organisme dont vous dépendez.

Vous conservez le **volet 3**.

En cas d'arrêt de travail, vous adressez le **volet « certificat d'arrêt de travail »** à votre employeur ou au Pôle emploi si vous êtes en situation de chômage, afin de les informer.

En cas d'arrêt de travail, n'oubliez pas :

- **de respecter les heures de présence à domicile** sauf en cas de sorties sans restriction d'horaire (art. L.433-1 et L.323-6 du Code de la sécurité sociale),
- **de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie**, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- **de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical** (art. L.442-5, R.442-2 et L.315-2 du Code de la sécurité sociale),
- **de vous abstenir de toute activité non autorisée** (art. L.433-1 et L.323-6 du Code de la sécurité sociale).

Le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières

certificat médical

accident du travail maladie professionnelle

(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

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation _____
 nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) : _____
 prénom : _____
 adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) : _____
 code postal _____ ville : _____ n° téléphone : _____
 bâtiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence _____

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

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 _____ (voir notice 1)
 présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)

(2) 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 : _____
 adresse : _____
 n° téléphone : _____
 courriel : _____

les renseignements médicaux

● **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice 2)

● **conséquences**

- **soins** (sans arrêt de travail) jusqu'au _____

- **arrêt de travail** jusqu'au _____ inclus
 [- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) et - en chiffres : _____]

sorties autorisées : oui à partir du _____ non
 (l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
 non oui à partir du _____ (voir notice 4)

- **prescription d'un travail léger pour raison médicale** du _____ au _____
 (art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice 5)

- **reprise de travail à temps complet** le _____ (voir notice 6)

- **éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire** (voir notice 7)

● **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice 8)

guérison avec retour à l'état antérieur date _____
 guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure date _____
 consolidation avec séquelles date _____

identification du praticien et de la structure

identification du praticien (nom et prénom)	identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)
identifiant _____	n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) _____

date _____ signature du praticien _____

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée 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.
 Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art.313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art.L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

certificat médical

accident du travail maladie professionnelle

(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
(service administratif)

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation _____
nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) : _____
prénom : _____
adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) : _____
code postal _____ ville : _____ n° téléphone : _____
batiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence _____

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

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 _____ (voir notice 1)
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)

(2) 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 : _____
adresse : _____
n° téléphone : _____
courriel : _____

les renseignements médicaux

● **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice 2)

● **conséquences**

- **soins** (sans arrêt de travail) jusqu'au _____

- **arrêt de travail** jusqu'au _____ inclus
 [- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) et - en chiffres : _____]

sorties autorisées : oui à partir du _____ non
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non oui à partir du _____ (voir notice 4)

- **prescription d'un travail léger pour raison médicale** du _____ au _____
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice 5)

- **reprise de travail à temps complet** le _____ (voir notice 6)

● **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice 8)

guérison avec retour à l'état antérieur date _____
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure date _____
consolidation avec séquelles date _____

identification du praticien (nom et prénom) _____

identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement) _____

identifiant _____ n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) _____

date _____ signature du praticien _____

certificat médical

accident du travail maladie professionnelle

(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)

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation : _____
nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) : _____
prénom : _____
adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) : _____
code postal : _____ ville : _____ n° téléphone : _____
batiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence : _____

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

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 : _____ (voir notice 1)
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)

(2) 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 : _____
adresse : _____
n° téléphone : _____
courriel : _____

les renseignements médicaux

● **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice 2)

● **conséquences**

- **soins** (sans arrêt de travail) jusqu'au _____

- **arrêt de travail** jusqu'au _____ inclus
 [- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) et - en chiffres : _____]

sorties autorisées : oui à partir du _____ non
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non oui à partir du _____ (voir notice 4)

- **prescription d'un travail léger pour raison médicale** du _____ au _____
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice 5)

- **reprise de travail à temps complet** le _____ (voir notice 6)

- **éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire** (voir notice 7)

● **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice 8)

guérison avec retour à l'état antérieur date _____
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure date _____
consolidation avec séquelles date _____

identification du praticien (nom et prénom) _____

identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement) _____
n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) _____

date _____ signature du praticien _____

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée 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.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art.313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art.L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

certificat d'arrêt de travail

(ne cocher qu'une seule case)

accident du travail

initial

de prolongation

maladie professionnelle

final

de rechute

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal ville : n° téléphone :

batiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

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 (voir notice 1)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)

(2) 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 :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

l'arrêt de travail

- arrêt de travail jusqu'au [] inclus
en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)
et
en chiffres : []

sorties autorisées : oui à partir du [] non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non oui à partir du [] (voir notice 4)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale du [] au []
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice 5)

- reprise de travail à temps complet le [] (voir notice 6)

CE DOCUMENT PEUT ETRE ADRESSE PAR LA VICTIME A L'EMPLOYEUR POUR JUSTIFIER DE SON ABSENCE
OU AU POLE EMPLOI SI ELLE EST EN SITUATION DE CHOMAGE

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

date signature du praticien