

certificat médical

accident du travail

maladie professionnelle

notice

à destination du praticien

Ce certificat médical doit être utilisé pour les salariés, les non salariés agricoles (chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole, aides familiaux, associés d'exploitation) victimes d'accidents du travail ou de trajet, de maladies professionnelles (dans le cadre des tableaux ou hors tableaux - article L.461-1 du Code de la sécurité sociale), de rechutes ou lorsqu'il survient des lésions nouvelles qui n'avaient pas été mentionnées sur le certificat initial.

Vous devez compléter les renseignements concernant la victime et l'employeur à l'aide des informations fournies par la victime.

Si l'état de la victime nécessite un arrêt de travail, vous devez également compléter l'imprimé "avis d'arrêt de travail", le présent formulaire ne permettant pas la prescription d'un arrêt de travail.

Vous adressez directement les **volets 1 et 2** sous 24 heures à l'organisme dont dépend la victime (article L.441-6 du code de la sécurité sociale).

Le **volet 3** est 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. Il peut s'agir de la date d'établissement du certificat.

❷ Eléments justifiant la date de la première constatation médicale :

Si cette date est différente de la date d'établissement du certificat, indiquez les éléments vous permettant de la déterminer : la date de prescription d'un examen médical, la date du premier arrêt de travail en lien avec la pathologie, la date de début de l'ALD : en rapport avec la pathologie, et préciser si possible, le nom du médecin ayant constaté les lésions ou symptômes.

❸ Constatations détaillées :

Décrivez avec précision l'état de la victime, le siège, la nature des lésions ou de la maladie avec les symptômes constatés, la latéralité le cas échéant.

Lors de l'établissement du certificat médical final, décrivez les séquelles.

❹ Conséquences prévisibles :

Indiquez si des soins sont nécessaires ainsi que leur durée prévisible.

Ces données, informatives, ne conditionnent pas le droit à remboursement de la victime.

❺ 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**.

certificat médical

accident du travail

maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ nouvelle(s) lésion(s)
☐ final ☐ rechute

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

(articles L.441-6, L.461-5, R.441-7, R.441-10, R.441-16 et R.461-9 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 son adresse habituelle) :

code postal :

ville :

n° téléphone :

batiment :

escalier :

étage :

appartement :

code d'accès de la résidence :

s'agit-il :

d'un accident de travail ?

☐

date :

ou

d'une maladie professionnelle ?

☐

date de la première constatation médicale :

voir notice ¹

Éléments justifiant le choix de la date de première constatation médicale (à remplir uniquement en cas de certificat médical initial) : voir notice ²

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, latéralité le cas échéant, séquelles fonctionnelles)
voir notice ³

- **conséquences prévisibles** voir notice ⁴

soins prévisibles jusqu'au

date :

- **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) voir notice ⁵

guérison

☐

date :

consolidation avec séquelles

☐

date :

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

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

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données.

En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

certificat médical

accident du travail

maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ nouvelle(s) lésion(s)
☐ final ☐ rechute

Volet 2, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures
(service administratif)

(articles L.441-6, L.461-5, R.441-7, R.441-10, R.441-16 et R.461-9 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 son adresse habituelle) :

code postal :

ville :

n° téléphone :

batiment :

escalier :

étage :

appartement :

code d'accès de la résidence :

s'agit-il :

d'un accident de travail ?

☐

date :

ou

d'une maladie professionnelle ?

☐

date de la première constatation médicale :

voir notice ¹

Éléments justifiant le choix de la date de première constatation médicale (à remplir uniquement en cas de certificat médical initial) : voir notice ²

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, latéralité le cas échéant, séquelles fonctionnelles)
voir notice ³

- **conséquences prévisibles** voir notice ⁴

soins prévisibles jusqu'au

date :

- **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) voir notice ⁵

guérison

☐

date :

consolidation avec séquelles

☐

date :

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

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

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données.

En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

certificat médical

accident du travail

maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ nouvelle(s) lésion(s)
☐ final ☐ rechute

Volet 3, à conserver
par la victime
(à apporter lors de
chaque consultation)

(articles L.441-6, L.461-5, R.441-7, R.441-10, R.441-16 et R.461-9 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 son adresse habituelle) :

code postal :

ville :

n° téléphone :

batiment :

escalier :

étage :

appartement :

code d'accès de la résidence :

s'agit-il :

d'un accident de travail ?

☐

date :

ou

d'une maladie professionnelle ?

☐

date de la première constatation médicale :

voir notice ^①

Éléments justifiant le choix de la date de première constatation médicale (à remplir uniquement en cas de certificat médical initial) : voir notice ^②

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, latéralité le cas échéant, séquelles fonctionnelles)
voir notice ^③

- **conséquences prévisibles** voir notice ^④

soins prévisibles jusqu'au

date :

- **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) voir notice ^⑤

guérison

☐

date :

consolidation avec séquelles

☐

date :

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

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

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données.

En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.