

Accident de travail et du chemin du travail

Certificat médical de premier constat Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail - AR du 28 décembre 1971

Employeur

Nom Prénom

Rue n° Boîte

Code postal _ _ _ _ Localité

Je soussigné

Nom Prénom

Rue n° Boîte

Code postal Localité

Qualité

Ayant examiné

Nom Prénom

Rue n° Boîte

Code postal Localité

après l'accident qui lui est survenu le _ _ _ _ _

déclare

1. que l'accident a produit les lésions suivantes : indiquer le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fractures du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.)
-
-
-
2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence : indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées (mort, incapacité permanente, totale ou partielle, incapacité temporaire totale ou partielle en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire)
- pas d'incapacité
- TRAVAIL ADAPTE: Si l'employeur peut organiser un travail adapté:
- L'intéressé peut continuer à exercer ses fonctions actuelles
- Le travail peut être poursuivi sous une forme adaptée
- Les restrictions éventuelles sont:
-
- Ces dispositions sont valables pour jours
- Une incapacité temporaire totale du au
- partielle % du au

Je soussigné (suite)

3. que l'incapacité a commencé (commencera) le ____ / ____ / ____
le médecin a pour mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toutes autres circonstances

4. que le blessé est soigné (indiquer le lieu où la victime est soignée)

Premier examen : jour : heure :
endroit :

Le blessé est-il droitier ? oui non
gaucher ? oui non

Jugez-vous utile :

1. de recourir à l'intervention d'un spécialiste ? oui non
si oui, lequel ? _____

2. d'hospitaliser le blessé ? oui non
si oui, où ? _____

3. de procéder à une radiographie ? oui non

le médecin

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature