



accident du travail Service des Prestations Médicales de l'État
maladie professionnelle

initial de prolongation (ne cocher qu'une seule case)
 final de rechute de reprise

l'assuré/e

numéro d'immatriculation au SPME | | | | | SERVICE _____
nom * (suivi s'il y a lieu du nom d'usage) : _____
prénom : _____
adresse : _____
code postal : | | | | | ville : _____ n° téléphone : _____
bâtiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence : _____
* nom de jeune fille pour les dames

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 du bulletin d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (1) (voir notice 1)

les renseignements médicaux

- **constatations détaillées**
 - siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle (certificat initial, de prolongation ou de rechute),
 - séquelles fonctionnelles (certificat final) (voir notice 2)

• **conséquences**

soins sans interruption temporaire de travail jusqu'au | | | | | | | | | |

interruption temporaire de travail jusqu'au (en toutes lettres) _____ inclus

sorties autorisées : non oui à partir du | | | | | | | | | | de 7h à 9h - 11h à 14h - 16h à 18h (voir notice 3)

par exception, pour raisons médicales dûment justifiées, sorties autorisées sans restriction d'horaires :
non oui à partir de | | | | | | | | | | (voir notice 4)

éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaires (voir notice 5)

reprise de travail le | | | | | | | | | | (voir notice 6)

- **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice 7)

guérison avec retour à l'état antérieur date | | | | | | | | | |
consolidation sans séquelle (avec possibilité de rechute ultérieure) date | | | | | | | | | |
consolidation avec séquelles date | | | | | | | | | |

certificat établi le | | | | | | | | | | identification du praticien et, le cas échéant, de l'établissement
à : _____

signature du praticien :