CERTIFICAT MEDICAL

Volet 1 destiné à l'employeur

Gouvernement Princier
PRINCIPAUTÉ DE MONACO

Direction des Prestations Médicales
et Familiales de l'État

accident du travail
maladie professionnelle

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

l'assuré/e

numéro d'immatriculation au DPMFE |_|_|_|_|_| 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 1ère constatation médicale de la maladie professionnelle : |_|_|_|_|_|_|_|_|
présentation du bulletin d'accident du travail/maladie professionnelle : oui ❒ non (1) ❒ (voir notice ❶)

(1) En cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés

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 ❷)

- **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 ❸)

par exception, pour raisons médicales dûment justifiées, sorties autorisées sans restriction d'horaires :
non ❒ oui ❒ à partir de |_|_|_|_|_|_|_|_| (voir notice ❹)
éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaires (voir notice ❺)

reprise de travail le |_|_|_|_|_|_|_|_| (voir notice ❻)

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

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

signature du praticien :

23, avenue Albert II - B.P. 679
MC 98014 MONACO CEDEX
Tél. : (+377) 98 98 81 39
Fax : (+377) 98 98 41 67

CERTIFICAT MEDICAL

Volet 2 à conserver par la victime

Gouvernement Princier
PRINCIPAUTÉ DE MONACO

Direction des Prestations Médicales
et Familiales de l'État

accident du travail
maladie professionnelle

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

l'assuré/e

numéro d'immatriculation au DPMFE |_|_|_|_|_| 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 jeunne fille pour les dames

s'agit-il : d'un accident du travail ? ❒ d'une maladie professionnelle ? ❒
date de l'accident ou de la 1ère constatation médicale de la maladie professionnelle : |_|_|_|_|_|_|_|_|
présentation du bulletin d'accident du travail/maladie professionnelle : oui ❒ non (1) ❒ (voir notice ❶)

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 ❷)

- **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 ❸)

par exception, pour raisons médicales dûment justifiées, sorties autorisées sans restriction d'horaires :
non ❒ oui ❒ à partir de |_|_|_|_|_|_|_|_| (voir notice ❹)
éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaires (voir notice ❺)

reprise de travail le |_|_|_|_|_|_|_|_| (voir notice ❻)

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

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

signature du praticien :

23, avenue Albert II - B.P. 679
MC 98014 MONACO CEDEX
Tél. : (+377) 98 98 81 39
Fax : (+377) 98 98 41 67