

## Aide au remplissage du certificat médical initial de maladie professionnelle

Le certificat médical pour maladie professionnelle est identique au certificat pour accident du travail

La date de 1<sup>re</sup> constatation médicale est la **date du premier signe** clinique ou paraclinique de la maladie, constaté par un médecin, même si le diagnostic n'était pas encore posé.

En cas de reconnaissance de la pathologie en maladie professionnelle, c'est cette **date qui est retenue pour le début de la prise en charge** (soins et indemnisation) de la maladie par l'organisme de protection sociale

Les constatations détaillées précisent :

- ▶ Le diagnostic :
  - Il est recommandé d'utiliser, dans la mesure du possible, les termes du tableau de maladie professionnelle s'il y en a un ;
  - En cas de latéralité des lésions : il est nécessaire de préciser le côté où se situe la lésion ;
  - Il est nécessaire de garder toujours la même désignation de la maladie ;
- ▶ Le risque auquel a été exposé le travailleur : profession, agent causal ...

Si vous ne connaissez pas le numéro du tableau de maladie professionnelle correspondant ou que vous n'en êtes pas sûr : ne le mentionnez pas

Les conclusions (guérison, guérison avec possibilité de rechute et consolidation) ne sont à remplir que dans le cas où la case "**certificat médical final**" est cochée également

Date du certificat médical initial = Date du jour où le certificat est établi

**cerfa** **certificat médical**  
**accident du travail**  
**maladie professionnelle** (ne cocher qu'une seule case)  
 initial  de prolongation  
 final  de rechute  
 Vote 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)

régime : général  agricole  autre  lequel ? : P'assuré(e)  
 numéro d'immatriculation :  
 nom de famille (de naissance, marié, 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 ?  date de l'accident ou de la 1<sup>re</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle : d'une maladie professionnelle ?   
 (2) en cas de non présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui  non (2)  (voir notice ①)  
 nom, prénom ou dénomination sociale : P'employeur  
 adresse :  
 n° téléphone :  
 courriel :  
**les renseignements médicaux**  
 • constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ①)  
 • conséquences  
 - soins (sans arrêt de travail)  jusqu'au :  
 - arrêt de travail  jusqu'au : en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) inclus  
 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 ①)  
 par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :  
 non  oui  à partir du : (voir notice ①)  
 • prescription d'un travail léger pour raison médicale  du : au :  
 (art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ①)  
 - reprise de travail à temps complet le : (voir notice ①)  
 • conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ①)  
 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  
 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 (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).  
 CM-PRE S6909e