

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 la 1^{ère} 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 : préciser la nature de cet élément.
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. La prise en charge pourra commencer au maximum 2 ans avant la date de réception du formulaire de déclaration de maladie professionnelle.

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.

Si arrêt de travail : prescription sur l'avis d'arrêt de travail, formulaire unique depuis mai 2022

Les conclusions (guérison consolidation avec séquelles) 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

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)
 initial
 nouvelle(s) lésion(s)
 final
 rochute

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)

Assuré(e)
 régime : général agricole autre lequel ? : _____
 numéro d'immatriculation : _____
 nom de famille (de naissance, marié, le cas échéant, de nom d'usage) : _____
 prénom : _____
 adresse où la victime peut être visitée (si différente de son adresse habituelle) : _____
 code postal : _____ ville : _____ n° téléphone : _____
 bâtiment : _____ 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
 Eléments justifiant le choix de la date de première constatation médicale (à remplir uniquement en cas de certificat médical initial) : voir notice

Employeur
 nom, prénom ou dénomination sociale : _____
 adresse : _____
 n° téléphone : _____ courriel : _____

les renseignements médicaux
 voir notice
 constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, latéralité le cas échéant, séquelles fonctionnelles)

conséquences prévisibles voir notice
 soins prévisibles jusqu'au _____ date : _____

conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) voir notice
 guérison date : _____
 consolidation avec séquelles date : _____

identification du praticien (nom et prénom) : _____
 identifiant : _____
 date : _____
 signature du praticien

identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement) : _____
 n° de la structure (AM, FINES ou SIRET) : _____

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.

CM-BIS S6909f