

Demande d'expertise faite par l'Administration Employeur pour toute demande de reconnaissance de maladie professionnelle, accompagnée du dossier complet de l'intéressé(e)

[Déclaration administrative, certificats médicaux, profil de poste et si possible l'attestation du médecin de prévention ou de travail]

Renseignements concernant le blessé (A remplir par l'Administration Employeur)

Administration :

Nom et prénom du blessé (Nom de jeune fille suivi du nom d'épouse) :

Grade :

Date et lieu de Naissance :

Date de la constatation médicale :

Partie à compléter par le Médecin agréé

Je soussigné, M Le Docteur certifie avoir examiné l'intéressé(e) le

Nature de l'affection :

pièces communiquées :

Sujet : gaucher droitier

Préciser le numéro de la maladie (cf tableau des MP du régime général) :

Si la pathologie relève du tableau 57, précisez si l'intéressé(e) ne présente aucun antécédent susceptible d'être à l'origine de l'affection

Préciser si l'affection est directement causée par le travail habituel de la victime : OUI NON
(au vu du profil de poste et si possible, l'attestation du médecin de prévention ou de travail)

Si l'affection n'entre pas dans un tableau de maladie professionnelle, précisez si la preuve du lien direct et certain est établie entre la maladie constatée et les fonctions exercées :

Examen clinique :

En cas de rechute, l'état séquellaire s'est-il aggravé : OUI NON

Nature et durée des soins

Arrêt de travail

Reprise et modalités :

* occupations incompatibles avec l'état de santé de l'agent (**dans l'affirmative, indiquer la durée**)

* possibilité d'octroi de travail à mi-temps thérapeutique, pour une période de 6 mois renouvelable 1 fois, payée à plein traitement.

Reprise prévisible le :

Les séquelles que présente l'intéressé(e) :

*sont la conséquence directe, unique et certaine de la maladie décrite ci-dessus
résultent d'un état pathologique préexistant*

Date à laquelle vous souhaitez réexaminer l'intéressé(e) :

TABLEAU A COMPLETER

Date des maladies professionnelles	Nature de la blessure ou de l'affection	Date de guérison ou de consolidation	Taux d'IPP imputables au service	Nature de l'éventuel état pathologique préexistant	Taux d'IPP non-imputables au service

Observations particulières :

Date de l'examen :

Cachet et signature du médecin :