



RECONNAISSANCE D'UNE MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE /
MALADIE PROFESSIONNELLE
Avis du Médecin de Prévention

AGENT

Nom :		Nom de jeune fille :	
Prénom :		Date de naissance :	___ / ___ / _____
N° SS :	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Collectivité :	

DESCRIPTIF DE LA MALADIE

Cocher le cas correspondant à la maladie déclarée par l'agent

<input type="checkbox"/> CAS N°1	La maladie remplit toutes les conditions des tableaux des maladies professionnelles de la Sécurité sociale.
<input type="checkbox"/> CAS N°2	La maladie est désignée dans un tableau des maladies professionnelles mais une ou plusieurs conditions (tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux) ne sont pas remplies.
<input type="checkbox"/> CAS N°3	La maladie n'est pas désignée aux tableaux des maladies professionnelles.

Date d'origine de la maladie /
de 1^{ère} constatation médicale : ___ / ___ / _____

Désignation de la maladie :

Liste des travaux ayant
provoqué la maladie :

Durée d'exposition :

Informations complémentaires

CAS N°1 ET N°2	N° de la maladie (référence tableau SS) :	
	Délai de prise en charge :	
	Les travaux ayant provoqué la maladie correspondent-ils à la liste limitative du tableau ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
CAS N°3	La maladie est-elle essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	La maladie est-elle susceptible d'entraîner un taux minimum d'incapacité permanente fixé à 25% ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

A Cocher si les éléments transmis au dossier ne permettent pas d'établir que la maladie satisfait à l'ensemble des critères d'une reconnaissance de Maladie Imputable au Service.

Fait le : ___ / ___ / _____

Cachet et signature du Médecin :