

RAPPORT MEDICAL

 Monsieur Madame

Date de naissance ___ / ___ / ___

Numéro de sécurité sociale _____

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénom _____

Emploi et grade _____

Date de radiation des cadres ___ / ___ / ___

Motif _____

L'agent bénéficie-t-il déjà d'une ATIACL ?

Oui Chaque événement doit faire l'objet d'un nouvel examen et d'une réévaluation des taux d'IPP à la date de consolidation du dernier événement

Non

Raison sociale et adresse de la collectivité employeur _____

Code Postal _____

Commune _____

| Dates des accidents ou maladies professionnelles en cause | Date de consolidation retenue sur le certificat médical final (à joindre) | Dates des arrêts de travail quel qu'en soit le motif | Date de reprise effective |
|---|---|--|--|
| ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ | Du ___ / ___ / ___ Au ___ / ___ / ___ | <input type="checkbox"/> Aucun arrêt Le ___ / ___ / ___ ou <input type="checkbox"/> non repris |
| ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ | Du ___ / ___ / ___ Au ___ / ___ / ___ | <input type="checkbox"/> Aucun arrêt Le ___ / ___ / ___ ou <input type="checkbox"/> non repris |
| ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ | Du ___ / ___ / ___ Au ___ / ___ / ___ | <input type="checkbox"/> Aucun arrêt Le ___ / ___ / ___ ou <input type="checkbox"/> non repris |

Je soussigné(e), Docteur _____, généraliste,
spécialiste en _____.

Certifie avoir examiné le __ / __ / _____, Monsieur ou Madame _____,
et avoir procédé aux constatations suivantes, conformément au barème indicatif d'invalidité (voir notice
ci-jointe).

Commémoratifs de chaque accident ou maladie d'origine professionnelle (*Examen des pièces fournies*) :

Doléances de l'agent :

Lined writing area with horizontal dashed lines.

Examens et constatations médicales pour chaque accident ou maladie d'origine professionnelle en indiquant le numéro du tableau. Descriptif des séquelles avec libellés conformes au barème en vigueur :

Formule de saisie des examens et constatations médicales, comprenant 20 lignes horizontales à tirets pour la description des séquelles.

Discussion :

Etablir le lien entre l'événement et les séquelles et dans le cas d'une maladie reconnue d'origine professionnelle, établir si la pathologie a été directement et/ou essentiellement causée par le travail habituel de l'agent.

Conclusion

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| L'agent est-il apte à l'exercice de ses fonctions actuelles ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ➔ Dans la négative, l'agent peut-il reprendre sur un poste aménagé ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| L'agent présente-t-il, à la date de consolidation du __/__/____, une pathologie indépendante des séquelles de l'accident ou de la maladie d'origine professionnelle ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ➔ Dans l'affirmative, l'agent aurait-il pu reprendre l'exercice de ses fonctions habituelles s'il n'avait présenté que les seules séquelles de l'accident ou de la maladie d'origine professionnelle ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <i>Si vous avez répondu par l'affirmative à la question ci-dessus, merci de répondre à la question suivante :</i> | | |
| La reprise doit-elle s'effectuer uniquement sur un poste adapté ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Dans le cas de séquelles multiples en rapport avec l'accident ou la maladie d'origine professionnelle, veuillez préciser s'il s'agit : | | |
| ➔ De séquelles distinctes simultanées ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ➔ D'une lésion unique à l'origine de troubles multiples ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

| Date de l'accident ou MP | SI MP num. du tableau | Libellé des séquelles | Lien | | Taux d'IPP de l'infirmité préexistante | Taux d'IPP imputable accident ou MP | Taux d'IPP global, si état antérieur non médicalement séparable | Date de consolidation (3) |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|--|--|--|-------------------------------------|---|---------------------------|
| | | | Avec l'infirmité préexistante (1) et (2) | Unique et certain avec l'accident ou la MP | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

A _____, le __/__/____
(Signature et cachet du médecin)

Evaluation et caractère invalidant des états préexistants

Les séquelles directement imputables sont-elles indépendantes de l'affection antérieure ?

Oui Ne pas remplir les parties 1 et 2
 Non Remplir la partie 1 ou 2

1

Les infirmités atteignent le même membre, ou le même organe, et altèrent la même fonction ?
 Il existe un lien fonctionnel d'aggravation.

Taux de l'état préexistant à la veille de l'accident ou de la constatation de la maladie professionnelle : _____ %

ET

Taux d'aggravation à la date de consolidation : _____ %

2

En l'absence de lien fonctionnel d'aggravation, il existe une relation médicale d'aggravation.
 Celle-ci est-elle médicalement séparable de l'affection initiale ?

Oui Taux de l'état préexistant à la veille de l'accident ou de la constatation de la maladie professionnelle : _____ %

ET

Taux d'aggravation à la date de consolidation : _____ %

Non Estimation du taux initial de l'état préexistant : _____ %

ET

Taux global d'invalidité : _____ %