



n° 50513#02

certificat médical

accident du travail

maladie professionnelle

notice

à destination du praticien

Ce certificat médical doit être utilisé pour les salariés, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole victimes d'accidents du travail, de trajet, de maladies professionnelles (dans le cadre des tableaux ou hors tableaux - article L.461-1 du Code de la sécurité sociale), ou de rechutes.

Les renseignements concernant la victime et l'employeur seront complétés par le praticien à l'aide des informations fournies par la victime.

Les volets 1 et 2 sont adressés directement par le praticien sous 24 heures à l'organisme dont dépend la victime (article L.441-6 du Code de la sécurité sociale)

Le volet 3 et le volet « certificat d'arrêt de travail » sont à remettre à la victime.

❶ Date de la première constatation médicale de la maladie professionnelle :

La date de la première constatation médicale est la date à laquelle les symptômes ou les lésions révélant la maladie ont été constatés pour la première fois par un médecin même si le diagnostic n'a été établi que postérieurement.

❷ Constatations détaillées :

Décrivez avec précision l'état de la victime, le siège, la nature des lésions ou de la maladie avec les symptômes constatés.

Lors de l'établissement du certificat médical final, décrivez les séquelles.

❸ Sorties autorisées :

Vous devez préciser si l'état de la victime autorise des sorties. Dans ce cas, la victime doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'examens médicaux.

❹ Sorties autorisées, par exception, sans restriction d'horaire :

Si, pour des raisons médicales, vous prescrivez des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case « oui ». Dans ce cas, la victime n'a pas à respecter les heures de présence à domicile.

Si vous ne prescrivez pas des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case « non ».

❺ Reprise de travail :

Une reprise de travail peut être antérieure à la date de guérison ou de consolidation.

❻ Reprise d'un travail léger :

Permet le maintien des indemnités journalières, en tout ou partie, quand la reprise d'un travail allégé, en durée ou en pénibilité, est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation.

❼ Eléments d'ordre médical :

Si la reprise d'un travail léger (ou à temps partiel) est de nature à favoriser une guérison ou une consolidation, précisez-le dans cette rubrique.

Le cas échéant, indiquez les éléments justifiant les sorties sans restriction d'horaire.

❽ Conclusions :

En cas de guérison ou de consolidation, indiquez précisément les conséquences définitives de l'accident ou de la maladie dans la rubrique « constatations détaillées ».

Il est possible, sur proposition du médecin traitant, de maintenir si nécessaire des soins après consolidation. Cette possibilité est soumise à l'accord du praticien conseil.

à destination de la victime

Les volets 1 et 2 sont adressés directement par le praticien à l'organisme dont vous dépendez.

Vous conservez le volet 3.

En cas d'arrêt de travail, vous adressez le volet « certificat d'arrêt de travail » à votre employeur ou à l'ASSEDIC si vous êtes en situation de chômage, afin de les informer.

En cas d'arrêt de travail, n'oubliez pas :

- de respecter les heures de présence à domicile sauf en cas de sorties sans restriction d'horaire (art. L.433-1 et L.323-6 du Code de la sécurité sociale),
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical (art. L.442-5, R.442-2 et L.315-2 du Code de la sécurité sociale),
- de vous abstenir de toute activité non autorisée (art. L.433-1 et L.323-6 du Code de la sécurité sociale).

Le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières

S 6909b



n°11138*02

certificat médical

accident du travail

maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial☐ de prolongation☐ final☐ de rechuteVolet 1, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures

(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)

l'assuré(e)

régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :numéro d'immatriculation :

nom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se)) :

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 ? ☐ d'une maladie professionnelle ? ☐date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle : (voir notice ①)présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui ☐ non (2) ☐

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

- constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ②)

conséquences

soins sans arrêt de travail ☐ jusqu'au

arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres)

inclus

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 ③)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐ oui ☐ à partir du (voir notice ④)reprise de travail le (voir notice ⑤)reprise d'un travail léger pour raison médicale ☐ à partir du

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑥)

éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire ou la reprise d'un travail léger

(voir notice ⑦)

conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑧)

guérison avec retour à l'état antérieur ☐

date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure ☐

date

consolidation avec séquelles ☐

date

certificat établi le

identification du praticien et, le cas échéant, de l'établissement

à

signature du praticien

S 6909b

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.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.114-13 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).



n°11138*02

certificat médical

accident du travail

maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial☐ de prolongation☐ final☐ de rechute

Volet 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)

l'assuré(e)régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :numéro d'immatriculation :

nom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se)) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal : ville : n° téléphone : batiment : 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 ? ☐ d'une maladie professionnelle ? ☐date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle : (voir notice ①)présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui ☐ non (2) ☐

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel : **les renseignements médicaux**

- constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ②)

conséquencessoins sans arrêt de travail ☐ jusqu'au

arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres)

inclus

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 ③)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐ oui ☐ à partir du (voir notice ④)reprise de travail le (voir notice ⑤)reprise d'un travail léger pour raison médicale ☐ à partir du

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑥)

conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑧)guérison avec retour à l'état antérieur ☐date guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure ☐date consolidation avec séquelles ☐date certificat établi le

identification du praticien et, le cas échéant, de l'établissement

à

signature du praticien

S 6909b

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.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.114-13 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).



n°11138*02

certificat médical

accident du travail

maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial☐ de prolongation☐ final☐ de rechute

Volet 3, à conserver
par la victime
(à apporter lors de
chaque consultation)

(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)

l'assuré(e)

régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :numéro d'immatriculation :

nom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se)) :

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 ? ☐ d'une maladie professionnelle ? ☐date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle : (voir notice ①)présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui ☐ non (2) ☐

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

- constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ②)

conséquences

soins sans arrêt de travail ☐ jusqu'au

arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres)

inclus

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 ③)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐ oui ☐ à partir du (voir notice ④)reprise de travail le (voir notice ⑤)reprise d'un travail léger pour raison médicale ☐ à partir du

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑥)

éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire ou la reprise d'un travail léger

(voir notice ⑦)

conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑧)

guérison avec retour à l'état antérieur ☐

date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure ☐

date

consolidation avec séquelles ☐

date

certificat établi le

identification du praticien et, le cas échéant, de l'établissement

à

signature du praticien

S 6909b

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.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.114-13 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).



n°11138*02

certificat arrêt de travail

accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial☐ de prolongation☐ de rechute

(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)

l'assuré(e)

régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :numéro d'immatriculation :

nom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se)) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal : ville : n° téléphone : batiment : 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 ? ☐ d'une maladie professionnelle ? ☐date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle : (voir notice ❶)présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui ☐ non (2) ☐

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

soins sans arrêt de travail ☐ jusqu'au

arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres)

inclus

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 ❸)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐ oui ☐ à partir du (voir notice ❹)reprise de travail le (voir notice ❺)reprise d'un travail léger pour raison médicale ☐ à partir du

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ❻)

CE DOCUMENT PEUT ETRE ADRESSE PAR LA VICTIME A L'EMPLOYEUR POUR JUSTIFIER DE SON ABSENCE
OU A L'ASSEDIC SI ELLE EST EN SITUATION DE CHOMAGEcertificat établi le identification du praticien et, le cas échéant, de l'établissement

à

signature du praticien

S 6909b

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.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.114-13 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).