

# ANNEXE 10



n°11138\*01

## certificat médical accident du travail maladie professionnelle

(articles L. 441-6 et L. 461-5 du Code de la sécurité sociale)

(ne cocher qu'une seule case)

- initial     de prolongation  
 final     de rechute

volet 1, à adresser par  
le praticien à  
l'organisme dans les  
24 heures

### l'assuré(e) (à compléter à l'aide de la carte d'assurance maladie)

- régime  
général    agricole    autre : lequel ?
- identité  
numéro d'immatriculation  
nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)  
prénoms  
adresse

- accident du travail ou maladie professionnelle  
s'agit-il d'un accident du travail ?  
date de l'accident ou de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle  
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle

(1) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés à l'organisme de sécurité sociale

### le médecin

nom, prénom ou dénomination sociale :

### les renseignements

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

- conséquences  
arrêté de travail jusqu'au    heures à    heures  
sorties autorisées    le    heures

- conclusions  
retour à l'état antérieur, date  
guérison définitive avec possibilité de rechute ultérieure, date  
consolidation avec séquelles, date

à signer et cachet du praticien ou de l'établissement

\* complétez également, si nécessaire, les rubriques « arrêt de travail » ou « reprise du travail »

La loi 78.17 du 6.1.78 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.

UCANSS - "Edition 03/08" - S 6909a