cerfa

n° 11138*05
CM-PRE

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(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

(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 1 85 01 16 37 4 041 16

nom de famille *(de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage)* : CHAILLAU

prénom : Sébastien

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

code postal 16560 ville : Aussac-Vadalle 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 1ère constatation médicale de la maladie professionnelle 23 09 2021 *(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 : MAIRIE AUSSAC-VADALLE

adresse : Rue de la République 16560 AUSSAC-Vadalle

n° téléphone : 05-45-20-61-60

courriel :

les renseignements médicaux

● **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) *(voir notice ❷)*

Canal carpien bilatéral, intervention chiè le 5/05.

● **conséquences**

- **soins** *(sans arrêt de travail)* ☒ jusqu'au 04 05 2022

- **arrêt de travail** ☐ jusqu'au [*- en toutes lettres :* *(à compléter obligatoirement)* et *- en chiffres :*] 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)*

- **prescription d'un travail léger pour raison médicale** ☐ **du** **au**
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ❺)

- **reprise de travail à temps complet le** *(voir notice ❻)*

- **éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire** *(voir notice ❼)*

● **conclusions** *(à remplir seulement en cas de certificat final)* *(voir notice ❽)*

guérison avec retour à l'état antérieur ☐ date
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure ☐ date
consolidation avec séquelles ☐ date

identification du praticien
(nom et prénom)
GENDRE-HENRY Lucile

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)
MAISON DE SANTE ST ANGEAU
5-6 COUR MARCHANDE
RUE DE LA ROCHEFOUCAULD
16230 ST ANGEAU

=> 16 1 70056 2 00 1 20 1 01 n°AM

date 01 02 2022 signature du praticien

CM-PRE S6909e

IMP COSTE AUBENAS

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.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).