

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☒ initial ☐ de prolongation
☐ final ☐ de rechuteVolet 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 185014637404116

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

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^{re} 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)

Chirurgie canal carpien main gauche

● conséquences

- soins (sans arrêt de travail) ☐ jusqu'au- arrêt de travail ☐ jusqu'au
- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres :samedi quatre juin 2022
04/06/2022 inclussorties autorisées : oui ☒ à partir du 06/05/2022 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 ③)- prescription d'un travail léger pour raison médicale ☐ du au

(art. L. 433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ③)

- reprise de travail à temps complet le (voir notice ③)

● conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ④)

guérison avec retour à l'état antérieur ☐ date
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure ☐ date
consolidation avec séquelles ☐ dateidentification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR LIOT MAXENCE

SELARL DE MEDECIN MAXENCE LIOT
41 CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

CONVENTIONNE HONO. LIBRES

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

51 AVENUE DU PRESIDENT WILSON

16000 ANGOULEME

date 05/05/2022 signature du praticien

=> 16 1 70065 3 00 3 34 1 41 n°AM

CM-PRE S6909e