

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

185101161374104116

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

CHAUX

prénom :

Sébastien

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<sup>re</sup> constatation médicale de la maladie professionnelleprésentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle oui  non (2) 

(voir notice ①)

(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
- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et  
en chiffres :  inclus
- arrêt de travail  jusqu'au
- 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)
- prescription d'un travail léger pour raison médicale  du  au   
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑤)
- reprise de travail à temps complet le  (voir notice ⑥)

## ● conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑦)

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

DOCTEUR LIOT MAXENCE

SELARL DE MEDECIN MAXENCE LIOT

41 CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

CONVENTIONNE HONORAIRES

51 AVENUE DU PRESIDENT WILSON

16000 ANGOULEME

date 05/05/2022

signature du praticien

=&gt; 16 1 70065 3 00 3 34 1 41 n°AM

CM-PRE S6909e