

RAPPORT DU MEDECIN DU TRAVAIL
MALADIE PROFESSIONNELLE ou MALADIE CONTRACTEE EN SERVICE (HORS TABLEAU)

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom de famille : Prénom :
Nom de jeune fille : Né(e) le :
Grade : Service :
Métier exercé :

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de la collectivité :
Adresse :
.....

LA MALADIE DECLAREE CORRESPOND A LA SITUATION SUIVANTE

(Merci de cocher une des 3 cases ci-dessous)

La pathologie « » est désignée dans le **tableau n°** des maladies professionnelles du régime général **ET** remplit toutes les conditions des 3 colonnes de ce tableau (délai de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative/indicative des travaux susceptibles de provoquer cette maladie). Dans ce cas, **date de constatation** retenue :

La pathologie « » est désignée dans le **tableau n°** des maladies professionnelles du régime général **MAIS** ne remplit pas toutes les conditions des 3 colonnes de ce tableau (délai de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative/indicative des travaux susceptibles de provoquer cette maladie).

Indiquer quelle condition n'est pas remplie :
.....
.....

La pathologie « » n'est pas désignée dans les tableaux des maladies professionnelles (hors tableau) du régime général :

Dans ce cas, établir si la maladie est directement et essentiellement causée par le travail habituel de l'agent.
.....
.....
.....

⇒ TRANSMETTRE CE RAPPORT A L'AUTORITE TERRITORIALE

Fait à :
Le :

Signature et cachet du médecin du travail