



RISQUES PROFESSIONNELS Renseignements Administratifs

ASSURÉ(E)	Téléphone :
	Avez-vous déjà formulé une demande de maladie professionnelle ? ☐ oui ☐ non
	Dans l'affirmative, pour quelle(s) affection(s), auprès de quel(s) organisme(s) et à quelle(s) date(s) ?
	

EMPLOYEUR	Raison sociale :
	Adresse :
	TEL :
	N° de SIRET : APE :
	Activité de l'entreprise :
	Nature du Contrat : (CDI, CDD, Intérim)
	Date d'embauche : Date de fin de contrat
	Emploi occupé :
	
	Si Intérimaire Coordonnées de la Société utilisatrice :

MEDECIN DU TRAVAIL	Nom - Prénom :
	Téléphone :
	Adresse :
	

Situation administrative dans l'entreprise (à remplir impérativement)

☐ Temps complet	☐ Temps partiel	☐ Horaires :
Absences au cours de l'année précédant la date du 15/04/2011 et 22/03/2011		
(maladie, maternité, congés payés, sans solde, accident du travail)		
Du au	Motifs :	
Du au	Motifs :	
Du au	Motifs :	
Du au	Motifs :	

POSTES - TÂCHES

La tenue d'un poste de travail comporte la réalisation d'une ou plusieurs tâches

Postes tenus	Période		Nature et description des différentes tâches réalisées	Cadence des tâches	Répartition de chaque tâche sur 1 journée de travail en pourcentage
	Date de début	Date de fin			

Existe-t-il une inadéquation entre le poste de travail de la victime et son travail ? ☐ oui ☐ non .

Si oui, précisez laquelle ?

La tâche(s) décrite(s) s'exerce(nt)-elle(s) sous contrainte de temps ? ☐ oui ☐ non

Description de la gestuelle au poste de travail concernant le coude ☒ droit..... ☐ gauche

 L'activité exercée comporte-t-elle de façon habituelle des mouvements répétés ? ☐ Oui ----- ☐ Non ----- Si oui décrire ces mouvements et préciser leur fréquence :

 Y a-t-il un appui habituel et répété sur la face postérieure du coude ? ----- ☐ Oui - ☐ Non ----- -Si oui dans quelle(s) tâche(s) et durée dans la journée :

 Existe-t-il des mouvements habituels et répétés de rotation du poignet ? ----- ☐ Oui ----- ☐ Non ----- Si oui dans quelles(s) tâche(s) et durée dans la journée :

Indiquer le poids et dimensions des objets utilisés, manipulés, soulevés, transportés :

Préciser la fréquence et la durée d'utilisation dans la journée :

 Existe-t-il existence de vibrations et/ou de percussions lors de l'utilisation des outils (ou engins) : ☐ Oui ----- ☐ Non -----

Autre commentaire éventuel : (selon vous pourquoi cette lésion serait d'origine professionnelle, par quels travaux ou outils serait-elle survenue, et à l'occasion de quels types de gestes...)

Fait à : Le :

Signature

Matricule : 1 70 11 92 002 078 88

Nom : DESCLAIS PHILIPPE

Maladie Professionnelle du : 15/04/2011