

Certificat médical de premier constat

Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail - AR du 28 décembre 1971

à mentionner si la déclaration est introduite via le guichet électronique	Numéro DRS :
(1) Nom, prénoms, qualité, adresse médecin	Le soussigné (1)
(2) Nom, prénoms, adresse de la victime	ayant examiné (2) le après l'accident du travail qui lui est survenu le
(3) Indiquer le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fractures du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.)	Il/elle déclare : 1. que l'accident a produit les lésions suivantes (3) :
(4) Indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées: mort, incapacité permanente totale ou partielle, incapacité temporaire totale ou partielle en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire	2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquences (4) <ul style="list-style-type: none"> • Décès • Incapacité permanente totale ou partielle • Incapacité temporaire totale ou partielle <p style="text-align: center;">Durée présumée de l'incapacité temporaire totale ou partielle</p>
(5) Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions même, sans tenir compte de toutes autres circonstances	3. (que l'incapacité a commencé (commencera) le (5) :) <ul style="list-style-type: none"> • Que la victime est en incapacité totale de travail du... au... • Que la victime peut continuer à exercer sa fonction actuelle • Que travail adapté est possible. Limitations de la victime :
(6) Indiquer le lieu où la victime est soignée	4. que le blessé est soigné (6):
Fait à	Fait à , le <i>(Signature du médecin)</i>