

Médecin:
Adresse:
Localité:
Téléphone: Courriel:

CERTIFICAT MEDICAL



Le médecin soussigné atteste que:

1. Patient:

- Madame
 Monsieur

Nom: Prénom:

Né(e) en, domicilié(e) à:

Activité professionnelle:

..... h. par semaine

2. Affection / motif:

- est accidenté(e) est affecté(e) d'une maladie
 il s'agit d'une rechute
 est en cours de maternité: accouchement prévu le

3. Capacité à travailler:

- peut poursuivre ses activités professionnelles doit être dispensé(e) de travailler.
sous réserve de: L'incapacité de travail est de 100 %
..... 80 %
..... 50 %
..... %

Cette restriction d'occupation s'applique du au inclus.

☞ Si la dispense est partielle ou reconduite, voir au verso (rubrique 5).

4. Relation avec le travail: (Indication en application de l'OLT3. Y répondre avec le consentement du patient.)

- L'affection constatée est-elle en relation avec la place de travail?
 Certainement Eventuellement Probablement pas. Non

Remarque:

Certificat établi à le

Signature et timbre du médecin (*obligatoires*):

⇒ Consentement du patient (seulement pour le cas présent):

- Le patient autorise-t-il le médecin à indiquer si l'affection a un lien avec le travail?
 Oui Non
- Si un lien avec le travail est certain ou éventuel, le patient autorise-t-il le médecin à donner des précisions à l'employeur?
 Oui Non Seulement à la personne suivante:

Signature du patient:

⇒ A remplir par l'employeur:

No d'enregistrement du document:
Certificat reçu le, transmis par Nom de l'employeur: voir rubrique 6.
Si affection en relation avec la place de travail: informé le COSEC le:
Saisie le par (nom) (plusieurs saisies: voir au verso)

Certificat médical (suite): dispenses de travail partielles et / ou supplémentaires.

Patient: Nom: Prénom: Cas no

5. Suivi médical: inscriptions subséquentes du médecin:

	Prochaine consultation:		Consultation effectuée le:	Incapacité de travail jusqu'à la prochaine consultation*:		Autre restriction des activités professionnelles, remarque:	Signature du médecin
	Date:	Heure:	Date:	%	à partir du:		
1	Report de la page 1:						
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

* Lorsque l'incapacité de travail n'est que partielle, il faut observer l'horaire de travail complet, sauf si le médecin prescrit un autre horaire pour des raisons médicales. Indiquer ci-dessous cet autre horaire.

Corresp. ligne no:	Capacité partielle à travailler	Signature du médecin
 %, c'est à dire heure(s) par jour à %.	
 %, c'est à dire heure(s) par jour à %.	
 %, c'est à dire heure(s) par jour à %.	

6. Assurances (à remplir par l'employeur, si le certificat est transmis à une assurance):

Choix des formulaires:

	Entreprise assurée SUVA:	Entreprise assurée ailleurs seulement
Maladie professionnelle ⇨	Déclaration d'accident Suva et page 1 de ce formulaire F41.004	Pages 1 et 2 de ce formulaire F41.004 et déclaration d'accident de l'assureur
Accident prof. ou non professionnel ⇨	Déclaration d'accident Suva + page 1 de ce formulaire F41.004	Pages 1 et 2 de ce formulaire F41.004 et déclaration d'accident de l'assureur
Autre maladie ⇨	Pages 1 et 2 de ce formulaire F41.004	Pages 1 et 2 de ce formulaire F41.004

Assurance: - Nom, agence:

- No de sinistre: no de police:

No AVS du (de la) travailleur(euse):

Nom et adresse de l'employeur:

