

notice

à destination du praticien

Ce certificat médical doit être utilisé pour les salariés, les non salariés agricoles (chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole, aides familiaux, associés d'exploitation) victimes d'accidents du travail ou de trajet, de maladies professionnelles (dans le cadre des tableaux ou hors tableaux-article L.461-1 du Code de la sécurité sociale) ou de rechutes.

Les renseignements concernant la victime et l'employeur seront complétés par le praticien à l'aide des informations fournies par la victime.

Les **volets 1 et 2** sont adressés directement par le praticien sous 24 heures à l'organisme dont dépend la victime (article L.441-6 du Code de la sécurité sociale).

Le volet 3 et le volet « certificat d'arrêt de travail » sont à remettre à la victime.

• Date de la première constatation médicale de la maladie professionnelle :

La date de la première constatation médicale est la date à laquelle les symptômes ou les lésions révélant la maladie ont été constatés pour la première fois par un médecin même si le diagnostic n'a été établi que postérieurement.

2 Constatations détaillées :

Décrivez avec précision l'état de la victime, le siège, la nature des lésions ou de la maladie avec les symptômes constatés. Lors de l'établissement du certificat médical final, décrivez les séquelles.

3 Sorties autorisées :

Vous devez préciser si l'état de la victime autorise des sorties. Dans ce cas, la victime doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'examens médicaux.

3 Sorties autorisées, par exception, sans restriction d'horaire :

Si, pour des raisons médicales, vous prescrivez des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case « oui ». Dans ce cas, la victime n'a pas à respecter les heures de présence à domicile.

Si vous ne prescrivez pas des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case « non ».

6 Reprise d'un travail léger :

Permet le service des indemnités journalières, en tout ou partie, quand la reprise d'un travail allégé, en durée ou en pénibilité, est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation. Un arrêt de travail à temps complet précédant immédiatement la reprise d'un travail léger n'est pas exigé dès lors que l'accident du travail ou la maladie professionnelle a entraîné un arrêt de travail à temps complet d'au moins une journée.

6 Reprise de travail à temps complet :

Une reprise de travail à temps complet peut être antérieure à la date de guérison ou de consolidation.

6 Eléments d'ordre médical :

Indiquez les éléments justifiant les sorties sans restriction d'horaire.

8 Conclusions:

En cas de guérison ou de consolidation, indiquez précisément les conséquences définitives de l'accident ou de la maladie dans la rubrique « constatations détaillées ».

Il est possible, sur proposition du médecin traitant, de maintenir si nécessaire des soins après consolidation. Cette possibilité est soumise à l'accord du praticien conseil.

à destination de la victime

Les volets 1 et 2 sont adressés directement par le praticien à l'organisme dont vous dépendez.

Vous conservez le volet 3.

En cas d'arrêt de travail, vous adressez le **volet** « **certificat d'arrêt de travail** » à votre employeur ou au Pôle emploi si vous êtes en situation de chômage, afin de les informer.

En cas d'arrêt de travail, n'oubliez pas :

- de respecter les heures de présence à domicile sauf en cas de sorties sans restriction d'horaire (art. L.433-1 et L.323-6 du Code de la sécurité sociale),
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical (art. L.442-5, R.442-2 et L.315-2 du Code de la sécurité sociale),
- de vous abstenir de toute activité non autorisée (art. L.433-1 et L.323-6 du Code de la sécurité sociale).

Le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières



ne coch	er qu'ur	ie seul	le case)
initi	ial		de prolonga

de rechute

Volet 1, à adresser par le praticien à l'organisme dans les 24 heures

final

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-1)	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
régime : général agricole agricole	autre lequel ?:
numéro d'immatriculation nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage):	
batiment: escalier: étage: app	éléphone : code d'accès de la résidence
(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de s'agit-il d'un accident du travail ? date de l'accident ou de la lère constatation médicale de la maladie proprésentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle (2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. Les la feuille).	d'une maladie professionnelle ? ofessionnelle e: oui non (2)
l'employe	ır
cou	téléphone : urriel :
les renseignements • constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladi	
• conséquences	
- soins (sans arrêt de travail) jusqu'au	
- arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres : (à compléter obligatoirement et - en chiffres :	inclus
sorties autorisées : oui a partir du (l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16	
par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties a non oui à partir du	utorisées sans restriction d'horaire : (voir notice 4)
- prescription d'un travail léger pour raison médicale ☐ du (art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑤)	au
- reprise de travail à temps complet le	(voir notice 6)
- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sa	ans restriction d'horaire (voir notice 2)
• conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir not	ice 🕲
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)
identifiant n° de la stru (AM, FINESS	
date signature du praticien	

CM-PRE S6909d



(ne	cocher	qu'une s	'eule case)
	initial		de prolongation

de rechute

Volet 2, à adresser par le praticien à l'organisme dans les 24 heures (service administratif)

CM-PRE S6909d

final

(articles	s L. 441-6, L. 461-5, L. 4	433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)
régime : gé	néral 🗌	l'assuré(e) agricole □ autre □ lequel ? :
		agricole autre requer : .
numéro d'immatrica		
	aissance, suivi, le cas échéant, du no	iom d'usage):
prénom :		Contact to the state of the sta
code postal	ville:	férente de votre adresse habituelle) (1) : n° téléphone :
batiment :	escalier:	étage : appartement : code d'accès de la résidence
		RE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence
s'agit-il d'	un accident du travail?	d'une maladie professionnelle ?
_	u de la 1 ^{ère} constatation 1	médicale de la maladie professionnelle (voir notice 1)
présentation de la fe	euille d'accident du trava	ail/maladie professionnelle: oui non (2)
(2) en cas de non présent	ation de la feuille, les honorair	ires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)
		l'employeur
nom, prénom ou déi	iomination sociale:	
adresse:		n° téléphone :
		courriel:
		les renseignements médicaux
• constatations d	étaillées (siège, nature d	des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice 2)
• conséquences		
- soins (sans arrêt a	de travail) jusqu'au	
		!- en toutes lettres :
- arrêt de trava	il jusqu'au	(à compléter obligatoirement) et inclus
		- en chiffres :
sorties autorisé	es : oui 🗌 à partir du	
		non re 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)
		ûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non	oui 🗌 à partir du	
_		
	In travail léger pour raisécurité sociale. Voir notice 6)	ison médicale du au
- reprise de trava	il à temps complet le	(voir notice 6)
		y
• conclusions (à r	emplir seulement en cas	de certificat final) (voir notice 3)
guérison avec retour	à l'état antérieur	date
guérison apparente a	avec possibilité de rechut	te ultérieure date
consolidation avec s	équelles	date
		identification d- 1tt
identific	cation du praticien	identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)
(/	
1		n° de la structure
identifiant		(AM, FINESS ou SIRET)
date	signatu	ure du praticien

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour



ne	cocher	qu	'une seule case)
	initial		de prolor

final

de rechute

Volet 3, à conserver par la victime (à apporter lors de chaque consultation)

(a	articles L. 441-6, L. 4	61-5, L. 433-1, L.	•	-	323-11-1 d	u Code de la sécurit	é sociale)
régime :	général	agrical	l'assu	ıré(e)	autro -	lequel ?:	
régime :	général	agricol			autre	requer : .	
numéro d'im							
	lle (de naissance, suivi, le cas	échéant, du nom d'usage)					
prénom :							
	victime peut être visi		votre adres				
code postal	1.	ville:		n° téléph		4 46 3	1 1 7 1 1
batiment :	escalier : alable de votre caisse est O	étage RUGATOIRE si cette d		apparten			de la résidence
			ar cose se suue		*		
s'agit-il	d'un accident du		1 1 1 1			professionnelle?	
	ident ou de la 1ère con					(2)	(voir notice 1)
	de la feuille d'accident présentation de la feuille,					non (2)	
(2) ch cas ac non	presentation de la jedille,		l'empl		ou coue de	in seem ne soeime)	
nom, prénom	ou dénomination soc	ale					
adresse:							
				n° téléph			
				courriel:			
• constatet	one dátaillása (site		renseignem			a gáquallas famaticum	allag) (winner a)
• constatati	ons uctainees (siege	, nature des lesion	s ou de la m	aiauie pro	ressionnell	e, séquelles fonctionn	tiics) (voir notice v)
• conséquer	nces						
- soins (san	s arrêt de travail)	jusqu'au					
			utes lettres :				1
- arrêt de	travail	jusqu'au (<i>à com</i>	pléter obligatoir	rement)	, ,		inclus
		- en ch	iffres :				
sorties au	itorisées : oui a	partir du				non	
	doit être présent(e) à son d		ures et entre 14	t et 16 heure	s. Voir notice		
par excep	otion, pour raison me	dicale dûment ju	stifiée, sorti	ies autoris	sées sans r	estriction d'horaire :	
non _	oui 🗌 à	partir du			(voir notice	e 4)	
_ nrescrinti	ion d'un travail léger	nour raison méd	icale d	lu		, an	
	łu Code sécurité sociale. Voir n			ıu		au	
- reprise de	e travail à temps cor	uplet le			voir notice 6)	
-	•						
- elements	d'ordre médical just	iliant, le cas échéa	int, les sorti	ies sans r	estriction of	l'horaire (voir notice 0)
	ns (à remplir seuleme		cat final) (vo				
_	retour à l'état antérie			date			
guérison appa	arente avec possibilité	de rechute ultérieu	ire	date			
consolidation	avec séquelles			date			
	dontification 1	200			ida	entification de la struct	lire
10	dentification du pratic (nom et prénom)	en		(raise		t adresse du cabinet, de	
	- /						
	1		n° de 1	a structure)		
identifiant				NESS ou S			
date		signature du pra	ticien				
		_ 1					CM DDE CCOOL

CM-PRE S6909d



date

certificat d'arrêt de travail

accident du travail maladie professionnelle

(ne	cocher qu	'une seule	case)
	initial		de prolongation
	final		de rechute

	(articles L. 441-6, L. 461-	* * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	1 du Code de la séci	ırité sociale)
	, , , =		'assuré(e)		
régime :	général	agricole	autre	lequel?:	
numéro d'	immatriculation				
nom de far	nille (de naissance, suivi, le cas éché	ant, du nom d'usage) :			
prénom :					
adresse où	la victime peut être visitée	(si différente de votre d	adresse habituelle) (1)	:	
code posta	1 vi	11e:	n° téléphone :		
batiment:	escalier:	étage :	appartement:		cès de la résidence
(1) l'accord p	réalable de votre caisse est OBLIG	GATOIRE si cette adresse se	situe hors de votre départe	ment de résidence	
s'agit-il	d'un accident du trav	vail ?	d'une mala	die professionnelle?	
date de l'a	ccident ou de la 1ère constat	ation médicale de la m	aladie professionnelle		(voir notice 1)
	on de la feuille d'accident d			non (2)	
(2) en cas de l	non présentation de la feuille, les l			e de la sécurité sociale)	
-			employeur		
nom, préno	om ou dénomination sociale	:			
adresse:					
			n° téléphone : courriel :		7
		llor	rêt de travail		
- arrêt (le travail juse	- en toutes lettr (à compléter obli qu'au et			inclus
	autorisées : oui à pai	- en chiffres :	tre 14 et 16 heures. Voir no	non	
	ception, pour raison médic				iro:
non		rtir du			iic.
_			(votr r	notice 4)	
	ption d'un travail léger po -1 du Code sécurité sociale. Voir notice		du	au	
- reprise	de travail à temps compl	et le	(voir notic	e 6)	
)			
E DOCUM	MENT PEUT ETRE ADR	ESSE PAR LA VICT	IME A L'EMPLOY	EUR POUR JUSTI	FIER DE SON ABSENC
	OU AU POL	E EMPLOI SI ELL	E EST EN SITUAT	TION DE CHOMA	GE
	identification du praticien				
	(nom et prénom)				
identifiant					

CM-PRE S6909d

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour

signature du praticien