

MOD. M3 : CERTIFICAT DE PREMIERE CONSTATATION

Identification de l'Employeur :

Nom (personne physique) ou Dénomination de l'Entreprise :
 Branche d'activités :
 Adresse physique :
 E-mail :@.....
 N°Téléphone :
 Siege d'exploitation :

N° d'affiliation de l'employeur

Identification de la victime atteinte de la maladie professionnelle

N° d'immatriculation du Travailleur

Nom, Post-nom et Prénom : Sexe F/M :
 Lieu et Date de naissance : le
 Province : Territoire/Commune : Village :
 Adresse physique :
 N°Téléphone : E-mail :@.....
 N° Carte d'identité :

SECRET MEDICAL

Nom du déclarant :
 Qualité du déclarant :
 Adresse physique :

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE MEDICAL :

Nom du médecin :CNOM.....
 Dénomination de l'hôpital ou du centre de santé :
 Adresse physique :
 Date de la première constatation médicale de la maladie :
 Description détaillée aussi exacte que possible de la maladie professionnelle (référence dans le tableau) :

Incapacité de travail à prévoir :

- Incapacité totale de jours, soit du au
- Incapacité partielle de % pendant jours.

Evolution probable de l'état du malade : guérison sans suite / incapacité permanente de %

L'état du malade est-il la conséquence directe de l'affection ? OUI NON

L'affection est-elle influencée par un état maladif antérieur ? OUI NON.

Si oui, lequel ? :

Lieu où se trouve le malade :

Si le malade est hospitalisé, indiquer la date du début et la période d'hospitalisation à prévoir :

La victime a-t-elle besoin d'une réadaptation d'une rééducation d'un reclassement

Fait à le/...../.....

SIGNATURE ET SCEAU DU MEDECIN

N.B. – Ce certificat doit être établi lorsque l'incapacité prévue sur le certificat de première constatation est dépassée et si elle atteint plus de trente jours. Le certificat de prolongation d'incapacité doit être renouvelé pour chaque période de 90 jours