



Attestation médicale : réparation d'une maladie professionnelle

Législation relative aux maladies professionnelles du secteur privé

1. Identité du patient

Numéro du registre national - -

Nom
(pour les femmes : nom de jeune fille)

Prénom *(prénom officiel)*

Date de naissance
(jour, mois, année) / /

2. Affection du patient *Attention : une attestation médicale 503 F par affection !*

<p><u>Diagnostic précis</u> (avec localisation, et si d'application, gauche/droite)</p>	
<p>Comment la maladie s'est-elle déclarée (date de début, évolution, chronologie)?</p>	
<p>Plaintes actuelles</p>	
<p>Constatations lors de l'examen clinique</p>	
<p>Traitements instaurés</p>	
<p>Hospitalisations récentes (mentionnez les dates)</p>	
<p>En cas de demande de révision : nature de l'aggravation, évolution de l'affection</p>	

3. Activité professionnelle du patient

< S'il s'agit d'une révision d'une incapacité de travail permanente, cette partie ne doit pas être complétée.

<p>Activité ou agent qui a probablement causé la maladie professionnelle</p>	
<p>Pensez-vous que la maladie figure sur la liste belge des maladies professionnelles (voir www.fedris.be/fr/liste) ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Aucune idée Si oui, sous quel code ? </p>	

4. Documents médicaux

- < Ajoutez tous les documents médicaux disponibles qui confirment le diagnostic.
- < Les clichés médicaux qui ont été réalisés numériquement doivent être transmis sur CD-ROM (format DICOM).
- < Pour les demandes de révision, joignez uniquement les documents médicaux prouvant l'aggravation.

Affections les plus fréquentes	Documents à joindre (NON LIMITATIF)
Tendinopathie	Rapport du spécialiste Echographies (protocole) Protocole opératoire
Atteinte de la fonction des nerfs provoquée par la pression (par ex. le syndrome du canal carpien)	Rapport du spécialiste EMG (tracés, valeurs et protocole) pré-opératoire Protocole opératoire
Affections ostéo-articulaires des membres supérieurs provoquées par des vibrations mécaniques	Rapport du spécialiste RX, CT et/ou RMN des membres supérieurs (images et protocole)
Sciatique, syndrome de la queue de cheval ou syndrome du canal lombaire étroit consécutif à une hernie discale dégénérative ou à une spondylose/arthrose précoce au niveau L4-L5/L5-S1, provoqué par le port de charges lourdes ou par des vibrations mécaniques transmises au corps par le siège	Rapport du spécialiste EMG et vitesses de conduction (tracés, valeurs et protocole) RX colonne vertébrale lombaire: face, profil, ¾ et bassin (clichés et protocole) CT et/ou RMN colonne lombaire (images et protocole) Protocole opératoire
Perte de l'ouïe par le bruit	Rapport du spécialiste Audiogramme tonal complet des deux oreilles
Dermatose	Rapport du spécialiste Résultat des tests cutanés Résultat des examens sanguins (par ex. RAST)
Mésothéliome	Rapport du spécialiste Rapport anatomopathologique Coupes histologiques Au moins un bloc de tissus CT du thorax ou abdomen (images et protocole)
Cancer du poumon	Rapport du spécialiste Rapport anatomopathologique Analyse minéralogique du tissu pulmonaire ou du liquide de lavage broncho-alvéolaire (si exposition à l'amiante)
Autres tumeurs	Rapport du spécialiste Rapport anatomopathologique
Asthme	Rapport du spécialiste Epreuves fonctionnelles respiratoires (tracés, valeurs et protocole) Résultat des prick tests cutanés et examens sanguins (par ex. RAST) Résultat des tests d'hyperréactivité bronchique (a)spécifiques ou des mesures de débit expiratoire de pointe Valeur exhalée du NO
Asbestose, affections pleurales bénignes provoquées par l'amiante	Rapport du spécialiste CT du thorax (images et protocole) Epreuves fonctionnelles respiratoires (tracés, valeurs et protocole)
Autre pneumoconiose	Rapport du spécialiste RX et/ou CT du thorax (images et protocole) Epreuves fonctionnelles respiratoires (tracés, valeurs et protocole)
Hépatite infectieuse	Rapport du spécialiste Résultats de laboratoire (sérologie et enzymologie) Résultat de PCR
Intoxication	Rapport du spécialiste Résultats des examens de monitoring biologique et toxicologique (via le médecin du travail)
Syndrome psycho-organique (SPO) provoqué par des solvants	Rapport du neurologue ou neuropsychiatre Rapport du médecin interniste Rapport du médecin du travail

5. Conséquences de l'affection

Votre patient est-il actuellement en incapacité de travail à cause de cette affection ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date de début : __ / __ / __ date de fin présumée : __ / __ / __
Ces 12 derniers mois, votre patient a-t-il été en incapacité de travail à cause de cette affection ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Aucune idée Si oui, du __ / __ / __ au __ / __ / __ du __ / __ / __ au __ / __ / __
Votre patient a-t-il besoin de traitements particuliers, d'aides techniques, prothèses ou orthèses à cause de son affection ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels ?

6. Assistance d'une autre personne

Estimez-vous que dans ses activités quotidiennes, votre patient a régulièrement besoin de l'assistance d'une autre personne ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, remplissez l'attestation médicale "assistance d'une autre personne" (505 F).
---	---

7. Ecartement du risque professionnel

< Cette partie ne doit être remplie que si vous jugez que l'intéressé doit être écarté du risque professionnel à des fins préventives. Ajoutez éventuellement les documents qui prouvent la nécessité de cet écartement

Nom et adresse du service pour la prévention et la protection au travail	
Raisons médicales pour lesquelles l'écartement est nécessaire	
Manière dont l'écartement a été ou sera réalisé	<input type="checkbox"/> Par mutation de poste de travail à partir du : __ / __ / __ Nature du nouveau poste de travail :
	<input type="checkbox"/> Par arrêt de travail Dernier jour de travail effectif : __ / __ / __ Date du début d'écartement : __ / __ / __
Durée proposée	<input type="checkbox"/> Jusqu'au __ / __ / __ ou <input type="checkbox"/> permanente

8. Identité du médecin

Nom		Cachet
Adresse		
Téléphone		
Fax		
E-mail		

J'affirme avoir rempli cette attestation de manière sincère et complète. Je suis disposé à fournir des données complémentaires relatives à cette demande aux médecins de Fedris.

Date : __ / __ / __

Signature :

Renvoyez cette attestation médicale avec le formulaire de demande 501 F à
Fedris – Avenue de l'Astronomie 1 – 1210 Bruxelles