CERTIFICAT MEDICAL DE PREMIERS CONSTATS (ancien modèle B)

Toute déclaration d'accident du travail doit être accompagnée d'un certificat médical de premiers constats s'il y a au moins un jour d'incapacité de travail. Ce certificat médical peut prendre n'importe quelle forme pour autant qu'il mentionne : les nom, prénom et adresse du médecin ; les nom, prénom et adresse de la victime ; la date de l'accident ; la nature et le siège des lésions ; les conséquences des lésions ; la date du début de l'incapacité et sa durée probable en nombre de jours ; le lieu où sont prodigués les soins ; la date et le lieu de la rédaction du certificat médical ; la signature et le cachet du médecin.

Nom, prénom, qualité, adresse

_____

Nom, prénom, adresse de la victime

_____

Indiquer le genre et la nature des blessures, les parties du corps atteintes : fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts ; lésions internes, asphyxie, etc.

_____

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.

_____

Le fait que le médecin a mission de constater est l'incapacité résultant normalement les lésions mêmes sans avoir égard à toutes autres circonstances.

_____

Indiquer, selon le cas, que le blessé est soigné à son domicile ou à celui du médecin ou à tel hôpital ou à tel autre endroit.

_____

Le soussigné .....
.....
.....

ayant examiné .....
……..
.....

après l'accident qui lui est survenu le .....

déclare :

1. que l'accident a produit les lésions suivantes :

…….....
.....
.....

.....
.....

2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence :

…. .....
.....
.....
.....
.....

3. que le début de l'incapacité a été (sera) le :

.....

4. pour une durée probable de (en jours) :

.....

5. que le blessé est soigné :

.....

Fait à …….., le ……

(Signature et cachet)