Partie 1 – A remplir par l'entreprise

# Informations sur l'entreprise

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale  Nom de l'entreprise |  |
| Adresse |  |
| NPA Localité |  |
| Personne de contact |  |
| Fonction |  |
| Courriel |  |
| N° de téléphone |  |
| Remarques |  |

# Patient(e)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |  |
| Date de naissance |  |

# Description de l'environnement de travail

**IMPORTANT** : L'employeur doit impérativement remplir les sections 3.1 à 3.3.

## Place de travail

|  |  |
| --- | --- |
| Poste de travail | Département |
|  |  |
| Taux d'occupation     % | |
| Responsable  Nom et prénom | Date |
| Fonction | Signature |
| N° de téléphone | Une image contenant blanc, conception  Description générée automatiquement |

## Exigences de la place de travail

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Cognitive / Psychique / Organisationnel   A.1  Travail sur écran >4h par jour  A.2  Activités nécessitant une concentration importante  A.3  Travail à la chaine /contrainte de temps importante  A.4  Travail en équipe  A.5  Travail de nuit  A.6  Forte contrainte émotionnelle | 1. Physiques   B.1  Port de charges de plus de 5 kg  B.2  Port de charges de plus de 10 kg  B.3  Port de charges de plus de 20 kg  B.4  Vibrations membres supérieurs  B.5  Vibrations corps entiers |
| 1. Ergonomiques / Biomécaniques   C.1  Mouvements répétitifs des bras/mains/doigts  C.2  Mouvements répétitifs du tronc  C.3  Posture accroupie /agenouillée fréquente  C.4  Posture bras au-dessus des épaules fréquente  C.5  Posture penchée en avant fréquente | 1. Déplacement / Travail en hauteur   D.1  Déplacement à pied  D.2  Marche sur terrain accidenté  D.3  Utilisation fréquente d’escalier  D.4  Utilisation échelle / échafaudage  D.5  Autres travaux en hauteur |
| 1. Environnement de travail   E.1  Exposition à des produits chimiques  E.2  Exposition à des fumées / poussières  E.3  Travail à la chaleur  E.4  Travail au froid  E.5  Bruit | 1. Autres (préciser) :   F.1  Télétravail possible |

## Description succincte de l'activité

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Activité assise :     % ou      h/j  Activité debout :     % ou      h/j  Marche :     % ou      h/j | Conduite voiture :     % ou      h/j  Conduite d’engin :     % ou      h/j |

Partie 2 – A remplir par le médecin

Le médecin soussigné, après avoir pris connaissance de la description de l'environnement de travail faite par l’employeur (Partie 1), atteste que son-sa patient(e) :

# Présente une capacité de travail

|  |  |
| --- | --- |
| Totale | Dès le |
|  |  |
| Partielle | Du       au  A    % du taux d’occupation habituel de    % |
|  | Ce temps de présence doit être réparti sur la semaine de travail soit     h par jour.  Sur ce temps de présence, l’ensemble des tâches au poste habituel peuvent être réalisées.  Activités en télétravail possible  Sur ce temps de présence, les exigences suivantes doivent être évités ou limités : |
| Remarques : |  |

# L’incapacité de travail

|  |
| --- |
| Cas à annoncer à l’assureur LAA  OUI  NON  Situation à clarifier |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et prénom du médecin | | Adresse |
|  | |  |
| Lieu | Date | Timbre et signature |
|  |  | Une image contenant blanc, conception  Description générée automatiquement |