Partie 1 – A remplir par l'entreprise

# Informations sur l'entreprise

|  |  |
| --- | --- |
| Raison socialeNom 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     % |
| ResponsableNom 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 jourA.2 [ ]  Activités nécessitant une concentration importanteA.3 [ ]  Travail à la chaine /contrainte de temps importanteA.4 [ ]  Travail en équipeA.5 [ ]  Travail de nuitA.6 [ ]  Forte contrainte émotionnelle | 1. Physiques

B.1 [ ]  Port de charges de plus de 5 kgB.2 [ ]  Port de charges de plus de 10 kgB.3 [ ]  Port de charges de plus de 20 kgB.4 [ ]  Vibrations membres supérieursB.5 [ ]  Vibrations corps entiers |
| 1. Ergonomiques / Biomécaniques

C.1 [ ]  Mouvements répétitifs des bras/mains/doigtsC.2 [ ]  Mouvements répétitifs du troncC.3 [ ]  Posture accroupie /agenouillée fréquenteC.4 [ ]  Posture bras au-dessus des épaules fréquenteC.5 [ ]  Posture penchée en avant fréquente | 1. Déplacement / Travail en hauteur

D.1 [ ]  Déplacement à piedD.2 [ ]  Marche sur terrain accidentéD.3 [ ]  Utilisation fréquente d’escalierD.4 [ ]  Utilisation échelle / échafaudageD.5 [ ]  Autres travaux en hauteur |
| 1. Environnement de travail

E.1 [ ]  Exposition à des produits chimiquesE.2 [ ]  Exposition à des fumées / poussièresE.3 [ ]  Travail à la chaleurE.4 [ ]  Travail au froidE.5 [ ]  Bruit | 1. Autres (préciser) :

F.1 [ ]  Télétravail possible      |

## Description succincte de l'activité

|  |
| --- |
|       |
| Activité assise :     % ou      h/jActivité debout :     % ou      h/jMarche :     % ou      h/j | Conduite voiture :     % ou      h/jConduite 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 |