



DOSSIER DE SAISINE MALADIE PROFESSIONNELLE

Dossier de
saisine
Version 2
24/01/14
Nbre de
pages : 7

TYPE DE SAISINE

Maladie professionnelle

Maladie à caractère professionnel


Date :

COLLECTIVITE

Nom :

Adresse :

Nom du gestionnaire du dossier :

 (Tel) :

 (Mail) :

AGENT CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom et prénom de l'agent :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse :

Grade :

Fonctions exercées :

DOCUMENTS À COMPLETER	
Formulaire « Autorité territoriale »	<input type="checkbox"/>
Formulaire « Agent » <i>→ Etant sous le régime de la preuve, l'agent doit nous établir une déclaration précise et détaillée</i>	<input type="checkbox"/>
Rapport hiérarchique <i>→ Ce dernier doit relater les circonstances dans lesquelles l'agent a contracté sa maladie professionnelle (récapitulatif de carrière, période d'exposition, produits manipulés...)</i>	<input type="checkbox"/>
DOCUMENTS À FOURNIR	
Certificat médical initial faisant apparaître la 1 ^{ère} constatation de la maladie (n° tableau MP + libellé)	<input type="checkbox"/>
Copie des certificats médicaux de prolongation et certificat médical final	<input type="checkbox"/>
Courrier de l'agent adressé à la collectivité <u>demandant la reconnaissance de sa maladie professionnelle</u>	<input type="checkbox"/>
Rapport du médecin de prévention <i>→ A pour but de mettre en évidence à partir de la fiche de poste les travaux effectués par l'agent ou les gestes cités dans le tableau en cause. Ce document doit permettre de rattacher les tâches effectuées par l'agent à la liste du tableau de MP</i>	<input type="checkbox"/>
Rapport médical détaillé établi par un médecin agréé <i>→ En utilisant le n° d'inscription du tableau des maladies professionnelles, démontrent que les conditions du tableau sont réunies. Il détermine, lorsque cela est possible une date de consolidation et un taux d'IPP</i>	<input type="checkbox"/>
Fiche de poste <u>détaillée</u> de l'agent	<input type="checkbox"/>
Expertise du médecin agréé dans le cadre d'une rechute	<input type="checkbox"/>
CAS PARTICULIERS – PIECES COMPLEMENTAIRES	
Reprise et Temps Partiel Thérapeutique	
Courrier du médecin traitant <i>→ Quotité et durée dans le cas de temps partiel thérapeutique</i>	<input type="checkbox"/>
Demande de l'agent	<input type="checkbox"/>
Aménagement de poste ou reclassement	
Nouvelle fiche de poste	<input type="checkbox"/>
Rapport du médecin de prévention	<input type="checkbox"/>
Expertise du médecin agréé (si reclassement)	<input type="checkbox"/>
Demande de l'agent	<input type="checkbox"/>

FORMULAIRE AUTORITE TERRITORIALE

Monsieur (Le maire ou le Président) :

Collectivité ou Etablissement Public :

.....
.....**Objet : Saisine de la Commission de Réforme**

J'ai l'honneur de vous faire parvenir le dossier de « **Monsieur ou Madame** » afin d'obtenir l'avis de la Commission Départementale de Réforme sur :

Cocher le ou les options correspondantes

- La reconnaissance d'une maladie professionnelle
- La prolongation de son arrêt
- La prolongation des soins
- La reprise de son activité à plein temps
- L'octroi ou prolongation d'un temps partiel thérapeutique
- L'aptitude à reprendre ses fonctions
- Un aménagement de son poste de travail
- L'avis sur un reclassement professionnel
- L'octroi d'une IPP quelque soit le taux
- La guérison ou consolidation sans IPP
- La rechute (accident de service/trajet/maladie professionnelle)
- L'avis sur expertise
- Une cure thermale
- La demande d'assistance d'une tierce personne
- Autre cas, préciser

N° de maladie professionnelle demandée :**Libellé :**

Veuillez trouver ci-joint les pièces constitutives du dossier.

Fait à :

Le :

Le Maire ou Le Président

FORMULAIRE AGENT

Je, soussigné (NOM - Prénom) :

Employé par (Collectivité ou Etablissement public) :

.....

Domicilié à :

.....

.....

Certifie que depuis le (date) :

Je suis victime d'une :

Maladie à caractère professionnelle

Maladie professionnelle

Dans les circonstances **détaillées** suivantes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le ou les témoins de l'accident sont :

(NOM – Prénom) :

Domicile :

.....

.....

(NOM – Prénom) :

Domicile :

.....

.....

Fait à le.....

Signature de la victime :

RAPPORT HIERARCHIQUE

EMPLOYEUR

COLLECTIVITE :

Adresse de la collectivité :

.....

.....

VICTIME

Maladie à caractère professionnelle Maladie professionnelle

NOM et Prénom de l'agent :

NOM de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse de l'agent :

.....

.....

Catégorie :	Echelon :
Filière	
Grade	
Date d'entrée dans la FPT	
Date de mise en stage :	Date de titularisation :

RECAPITULATIF DES ACCIDENTS DE SERVICE/TRAJET/MALADIES PROFESSIONNELLES DE L'AGENT

Date l'accident ou maladie	Arrêts supérieurs à 15 jours*	Guérison ou Consolidation	Attribution d'un taux IPP	Nature et siège des lésions
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI% <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI% <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI% <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI% <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI% <input type="checkbox"/> NON	

Partie réservée au chef de service

AVIS DU CHEF DE SERVICE
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à, le
Signature du chef de service :

Partie réservée à l'autorité territoriale

AVIS DE L'AUTORITE TERRITORIALE
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à, le
Signature de l'autorité territoriale :