RAPPORT MEDICAL

Monsieur	☐	**Madame**	☐	**Date de naissance**	

Numéro de sécurité sociale	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom	
Emploi et grade	

Date de radiation des cadres		**Motif**	

L'agent bénéficie-t-il déjà d'une ATIACL ? Oui ☐ Non ☐

Chaque événement doit faire l'objet d'un nouvel examen et d'une réévaluation des taux d'IPP à la date de consolidation du dernier évènement

Raison sociale et adresse de la collectivité employeur	
Code Postal	_ _ _ _ _
Commune	

Dates des accidents ou maladies professionnelles en cause	**Date de consolidation retenue sur le certificat médical final** *(à joindre)*	**Dates des arrêts de travail quel qu'en soit le motif**		**Date de reprise effective**
		Du Au	☐ Aucun arrêt	Le ou ☐ non repris
		Du Au	☐ Aucun arrêt	Le ou ☐ non repris
		Du Au	☐ Aucun arrêt	Le ou ☐ non repris

Je soussigné(e), Docteur _ _ _

Doléances de l'agent :

Etats préexistants non imputables au service, présentant un lien médical ou fonctionnel avec la ou les séquelles du ou des accidents ou maladies en cause. Descriptif (compléter également la page 8) :

Examens et constatations médicales pour chaque accident ou maladie d'origine professionnelle en indiquant le numéro du tableau. Descriptif des séquelles avec libellés conformes au barème en vigueur :

Discussion :
Etablir le lien entre l'événement et les séquelles et dans le cas d'une maladie reconnue d'origine professionnelle, établir si la pathologie a été directement et/ou essentiellement causée par le travail habituel de l'agent.

Conclusion

L'agent est-il apte à l'exercice de ses fonctions actuelles ?	Oui ☐	Non ☐
➲ *Dans la négative*, l'agent peut-il reprendre sur un poste aménagé ?	Oui ☐	Non ☐
L'agent présente-t-il, à la date de consolidation du _____, une pathologie indépendante des séquelles de l'accident ou de la maladie d'origine professionnelle ?	Oui ☐	Non ☐
➲ *Dans l'affirmative*, l'agent aurait-il pu reprendre l'exercice de ses fonctions habituelles s'il n'avait présenté que les seules séquelles de l'accident ou de la maladie d'origine professionnelle ?	Oui ☐	Non ☐
➲ *Dans la négative*, la reprise doit-elle s'effectuer uniquement sur un poste adapté ?	Oui ☐	Non ☐
Dans le cas de séquelles multiples en rapport avec l'accident ou la maladie d'origine professionnelle, veuillez préciser s'il s'agit :		
➲ De séquelles distinctes simultanées ?	Oui ☐	Non ☐
➲ D'une lésion unique à l'origine de troubles multiples ?	Oui ☐	Non ☐

Date de l'accident ou MP	SI MP num. du tableau	Libellé des séquelles	Lien		Taux d'IPP de l'infirmité préexistante	Taux d'IPP imputable accident ou MP	Taux d'IPP global, si état antérieur non médicalement séparable	Date de consolidation (3)
			Avec l'infirmité préexistante (1) et (2)	Unique et certain avec l'accident ou la MP				

A _____, le

(Signature et cachet du médecin)

Evaluation et caractère invalidant des états préexistants

Les séquelles directement imputables sont-elles indépendantes de l'affection antérieure ?	Oui ☐	**Ne pas remplir les parties 1 et 2**
	Non ☐	**Remplir la partie 1 ou 2**

1

Les infirmités atteignent le même membre, ou le même organe, et altèrent la même fonction ?
Il existe un lien fonctionnel d'aggravation.

Taux de l'état préexistant à la veille de l'accident ou de la constatation de la maladie professionnelle : _ _ _ **%**

ET

Taux d'aggravation à la date de consolidation : _ _ _ **%**

2

En l'absence de lien fonctionnel d'aggravation, il existe une relation médicale d'aggravation.
Celle-ci est-elle médicalement séparable de l'affection initiale ?

Oui ☐ Taux de l'état préexistant à la veille de l'accident ou de la constatation de la maladie professionnelle : _ _ _ **%**

ET

Taux d'aggravation à la date de consolidation : _ _ _ **%**

Non ☐ Estimation du taux initial de l'état préexistant : _ _ _ **%**

ET

Taux global d'invalidité : _ _ _ **%**