

n° 11138\*04  
CM-PRE

# accident du travail maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☒ initial ☐ de prolongation  
☐ final ☐ de rechute

Volet 1, à adresser  
par le praticien à  
l'organisme dans  
les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

## l'assuré(e)

régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

BERTHET

prénom : CATHIE

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal

ville :

n° téléphone :

batiment :

escalier :

étage :

appartement :

code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? ☐

d'une maladie professionnelle ? ☐

date de l'accident ou de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle

(voir notice 1)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui ☐

non (2) ☐

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

## les renseignements médicaux

• constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice 2)

Projection par laser œil gauche -  
Rétinite postérieure myopie œil gauche

• conséquences

- soins (sans arrêt de travail) ☒ jusqu'au 05 02 2020

- arrêt de travail ☐ jusqu'au

- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres :

inclus

sorties autorisées : oui ☐ à partir du

non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐

oui ☐ à partir du

(voir notice 4)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale ☐ du au

au

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice 5)

- reprise de travail à temps complet le

(voir notice 6)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice 7)

• conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice 8)

guérison avec retour à l'état antérieur ☐

date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure ☐

date

consolidation avec séquelles ☐

date

identification du praticien  
(nom et prénom)

CHU CHUQUET  
Chef de service  
Service Hospitalo-Universitaire d'Ophtalmologie  
CHU Grenoble Alpes - CS 10217  
38043 GRENOBLE CEDEX 9

CONVENTIONNE

identification de la structure

(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE  
DE GRENOBLE  
LA TRONCHE  
38700 LA TRONCHE

date 29 01 2020

signature du praticien

=> 38 0 00006 7 1 00 0 n°AM

IMP. COSTE 07200 AUBENAS

CM-PRE S6909d

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art.313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art.L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale).