



Certificat médical – Accidents du travail et assimilés

Collaborateurs statutaires des Chemins de fer belges

Veillez compléter ce certificat en tenant compte :

- uniquement des lésions et des incapacités causées ou aggravées par l'accident
- de la possibilité d'exercer un travail adapté ou après 30 jours consécutifs d'incapacité totale, un travail à temps partiel médical, le cas échéant complétez le volet A. En cas d'incapacité temporaire totale, passez directement au volet B.

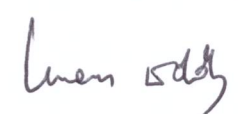
A renvoyer à:
HR Rail – Accidents@Work
10-04 H-HR451 – Rue de France 85
1060 Bruxelles
atao@hr-rail.be

Données d'identification de la victime

Nom et prénom : POPLIMONT NICOLAS
 Nr d'identification : 6805.2000.8
 Nr téléphone : 0495/22 44 11
 e-mail : nicolas.poplimont@gmail.com

Collez une vignette de mutuelle

VOLET A – INCAPACITÉ DE TRAVAIL TEMPORAIRE PARTIELLE

a) Date et heure de l'EXAMEN.	J'ai examiné : <u>POPLIMONT NICOLAS</u> le <u>13/01/25</u> àh....
b) Date et heure de l'ACCIDENT.	Suite à l'accident du travail dont il/elle a été victime le <u>12/12</u> àh....
c) LESIONS : nature, siège et origine probable des lésions	l'accident du travail a causé les lésions suivantes : <u>Chondrolyse Stede IV + rééducation prescrite</u> <u>incapacité de PRP 51 annuel en part-tp.</u> <u>Stet Non stabilisé, reprise lumbale</u> Traitement et radiographies : <u>infiltrations + AINS + repos</u> <u>du poste et stéréo</u> <u>uniquement</u>
d) CONSEQUENCES	Ces lésions ont pour conséquence immédiate une incapacité de travail temporaire PARTIELLE du <u>01/02/26</u> au <u>31/03/26</u> inclus Au cours de cette période, le patient est : <input type="checkbox"/> apte au travail sous réserve des restrictions suivantes : <input checked="" type="checkbox"/> (uniquement après 30 jours consécutifs d'incapacité totale) apte à travailler à temps partiel à : <input type="checkbox"/> 40% <input checked="" type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 80% Remarques :
e) CERTIFICAT	Il s'agit d'un(e) : <input type="checkbox"/> Premier certificat <input checked="" type="checkbox"/> Prolongation <input type="checkbox"/> Rechute
f) ANTECEDENTS médicaux	En cas d'aggravation d'un éventuel état antérieur par l'accident du travail, décrivez ici l'état antérieur du patient :
g) LIEUX de soins.	La victime a été : <input checked="" type="checkbox"/> Soignée à domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisée <input type="checkbox"/> Autre :
Rédigé le <u>13/01/25</u> à <u>15h30</u> N° téléphone : Signature et cachet	 Dr. LUMEN EDDY Médecine générale 1.58513.82.003 Tél. : 068/33.19.19

Afin de faciliter les contacts qui pourraient être nécessaires dans le cadre de la gestion de votre dossier, vous avez la possibilité de nous communiquer vos coordonnées personnelles. Celles-ci sont exclusivement destinées au service chargé du traitement de votre dossier et ne seront pas utilisées à d'autres fins. Elles seront traitées conformément à la réglementation en vigueur en matière de protection de données à caractère personnel. Pour plus amples explications sur le sujet, nous vous renvoyons à la rubrique Réglementation > Déclaration sur le respect de la vie privée sur le site intranet HR Rail.