



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 : FOPLIMONT NICOLAS
 Nr d'identification : 6805 8000 8
 Nr téléphone : 0495/22 44 11
 e-mail : nicolas.fopliment@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>9/10/25 à 10h</u> le <u>9/10/25</u> à <u>10h</u>
b) Date et heure de l'ACCIDENT.	Suite à l'accident du travail dont il/elle a été victime le <u>11/12/17</u> àh....
c) LÉSIONS : nature, siège et origine probable des lésions	<p>L'accident du travail a causé les lésions suivantes : <u>opération 28/02/25 minirectomie + curtage</u></p> <p>Traitement et radiographies: <u>IRM, infiltration PRP, infiltration midrol, infiltration gel hyaluronique</u></p>
d) CONSEQUENCES	<p>Ces lésions ont pour conséquence immédiate une incapacité de travail temporaire PARTIELLE du <u>1/10/2025</u> au <u>15/11/2025</u> inclus</p> <p>Au cours de cette période, le patient est :</p> <p><input type="checkbox"/> apte au travail sous réserve des restrictions suivantes :</p> <p><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%</p> <p>Remarques :</p>
e) CERTIFICAT	<p>Il s'agit d'un(e) :</p> <p><input type="checkbox"/> Premier certificat <input checked="" type="checkbox"/> Prolongation <input type="checkbox"/> Rechute</p>
f) ANTECEDENTS médicaux	<p>En cas d'aggravation d'un éventuel état antérieur par l'accident du travail, décrivez ici l'état antérieur du patient :</p>
g) LIEUX de soins.	<p>La victime a été :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Soignée à domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisée <input type="checkbox"/> Autre :</p>

Rédigé le 12/3/2025 à

N° téléphone:

Signature et cachet

Docteur Etienne Troquet
 Rue Saint-Roch, 24
 7860 Lessines
 ☎ 068 33 20 51 ☎ 0475 68 25 02
 1-56905-41-004