

Certificat médical – Accidents du travail et assimilés

Collaborateurs statutaires des Chemins de fer belges

Veuillez 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 : 69058000-8
 Nr téléphone : 0495 2244 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>29.10.25</u> àh.....
b) Date et heure de l'ACCIDENT.	Suite à l'accident du travail dont il/elle a été victime le <u>10.12.17</u> àh.....
c) LÉSIONS : nature, siège et origine probable des lésions	<p>l'accident du travail a causé les lésions suivantes :</p> <p><u>lésions partielles meninges médian</u> <u>avec fracture clavicule droite stade 4</u> <u>lésions des tendons et ch. va</u> <u>et pour le bras p. et ch. va partielles</u></p> <p>Traitement et radiographies: <u>pancétamol + 33 profane bas et le demande</u></p>
d) CONSÉQUENCES	<p>Ces lésions ont pour conséquence immédiate une incapacité de travail temporaire PARTIELLE du <u>15.11.2025</u> au <u>31.01.26</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 : <u>possibilité de retourner dans le Selam</u></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	<u>29.10.25</u> à <u>16h45</u>
N° téléphone:
Signature et cachet	<p>Dr. LUMEN EDDY Médecine générale 1.58513.82.003 Tél. : 068 22.13.18</p> <p><u>Lumen Eddy</u></p>