

Certificat médical – Accidents du travail et assimilés

Collaborateurs statutaires des Chemins de fer belges

Données d'identification de la victime

Nom et prénom : POPEL MONT NICOLAS
 Nr d'identification : 62058000.8
 Nr téléphone : 0495/224411
 e-mail : nicolas.popelmont@gmail.com

collez une vignette de mutuelle

VOLET B – ABSENCE D'INCAPACITÉ OU INCAPACITÉ DE TRAVAIL TEMPORAIRE TOTALE

(SI L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL EST PARTIELLE, RÉFÉREZ-VOUS AU VOLET A)

a) Date et heure de l'EXAMEN.

J'ai examiné : POPEL MONT NICOLAS
 le 25.03.12 àh....

b) Date et heure de l'ACCIDENT.

Suite à l'accident du travail dont il/elle a été victime le 10.12.17 àh....

c) LESIONS : nature, siège et origine probable des lésions

L'accident du travail a causé les lésions suivantes :

Chondropathie vertébrale grade IV + 12 à 14
meurside
indivision de PRP B1 - annuel
en post op état non stabilisé
 Traitement et radiographies :
infiltrations + AINS + repos
reprise travail au poste actuel
impairé

d) CONSEQUENCES

Ces lésions ont pour conséquence immédiate une :

Absence d'incapacité
 Incapacité temporaire TOTALE
 du 25.03.12 au 11.04.12
 Suites probables : incapacité permanente à 100%
 Incapacité totale définitive :
 Décès

e) CERTIFICAT

Il s'agit d'un(e) :
 Premier certificat Prolongation 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 :
 Soignée à domicile Hospitalisée Autre :

Rédigé le 26.03.12 à LEUVEN

N° téléphone:

Signature et cachet

Dr. LUMEN EDDY
 Médecine générale
 1.58513.82.003
 Tél: 069/33.15.10

Lumen Eddy