



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

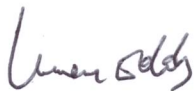
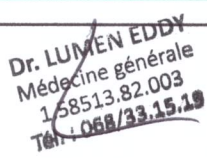
Nr d'identification : 6805 2000 8

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>11.03.26</u> à <u>15h00</u>
b) Date et heure de l'ACCIDENT.	Suite à l'accident du travail dont il/elle a été victime le <u>12.11.2</u> àh....
c) LÉSIONS : nature, siège et origine probable des lésions	l'accident du travail a causé les lésions suivantes : <u>Chondrolyse fémurale II + arthrose meniscale</u> <u>l'absence de PRP biennuel</u> Traitement et radiographies: <u>en post-op et est non résolue</u> <u>opulentes + BMS</u> <u>reprise limitée</u> <u>7.11.26</u> <u>au poste et en</u> <u>travail</u> <u>impresnel</u>
d) CONSEQUENCES	Ces lésions ont pour conséquence immédiate une incapacité de travail temporaire PARTIELLE du <u>01.10.26</u> au <u>31.12.26</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>11.03.26</u> à <u>Lesseines</u>	
N° téléphone:	
Signature et cachet	 

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 *Règlementation > Déclaration sur le respect de la vie privée sur le site intranet HR Rail.*