

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE SANTÉ

Tel que visé à l'article I.4-46 du code du bien-être au travail

Travailleur examiné

Nom, prénom: **POPLMONT NICOLAS**

Adresse: **RUE DES COMBATTANTS 8-7866 OLLIGNIES**

Date de naissance: **20/01/1980**

Poste de travail ou activité du travailleur: **TECHN. ELM ECLAIR. CHAUF. FORCE MOTRICE**

Profil de prévention: **I-PDST-ONDER-OVKT**

Proposé à partir du:

Occupé depuis le: **01/01/2010**

Type EMP: **PREREP**

Risques auxquels le travailleur est exposé et pour lesquels une surveillance de la santé est requise conformément à l'article I.4-3, §1er du code du bien-être au travail¹ (cochez ce qui convient) :

- Poste de sécurité
- Poste de vigilance
- Activité à risque défini
 - Exposition aux agents chimiques
 - Exposition à des agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques et des agents possédant des propriétés perturbant le système endocrinien
 - Exposition aux agents physiques
 - Exposition à des agents physiques pouvant causer des affections de la peau
 - Charge musculo-squelettique
 - Travail de nuit ou travail posté
 - Exposition à des agents biologiques

F. Visite de pré-reprise

Conditions d'adaptation du poste de travail ou des conditions de travail et/ou des conditions de vie au travail:

Avis

- * A05 - Actuellement, maintien du congé de maladie
- * VO1 - Pas de conduite de véhicule automobile
- * L03 - Pas de marche sur sol inégal et ballast
- * A01 - En attente de l'approbation nécessaire pour prolongation temps partiel par le médecin pour absence de longue durée/AT.

Dès lors que le travailleur dispose de l'approbation des médecins #Rail il peut reprendre son travail

Si conduite véhicule automobile: exclusivement avec boîte automatique.

Le conseiller en prévention-médecin du travail soussigné déclare que la personne prénommée s'est soumise aux prescriptions réglementaires (Art. Code sur le bien-être au travail VII.1-63) relatives aux vaccinations/revaccinations contre :

- tétanos date dernier vaccin: **01/03/2022**
- hépatite B date dernier vaccin:
- test tuberculitique date dernier test:

Informations Complémentaires

- Date de la surveillance de la santé : **03/04/2026**
- Délai pour la prochaine évaluation de santé périodique :
- Délai pour les prochains actes médicaux supplémentaires :
- Date de remise du formulaire :
Au travailleur : **03/04/2026**
A l'employeur : **03/04/2026**
- Nom de l'employeur : ***INFRABEL NV**
CPBW 51111 SECTIE II
BRUSSEL
FRANKRIJKSTRAAT BLOK F 85
1060 BRUSSEL 6
- N° BCE de l'employeur: **0869.763.267**
- Nom et prénom du conseiller en prévention-médecin du travail qui a réalisé l'examen: **James MUKADI NTUMBA**
- Signature (digitale) **James MUKADI NTUMBA**

2000 Antwerpen, Entrepotkaai 15, t.: 03 218 83 83, f.: 03 230 56 78
 5100 Namur, Chaussée de Liège 140-142, t.: 081 32 10 40, f.: 081 30 13 71
 1020 Brussel, Esplanade 1 bus 4, t.: 02 237 33 24, f.: 02 230 05 69
 3001 Leuven, Interleuvenlaan 58, t.: 016 39 04 38, f.: 016 39 04 02
 9052 Gent, Grote Steenweg Noord 9, t.: 09 264 12 30, f.: 09 264 12 39
 3500 Hasselt, Kunstlaan 16, t.: 011 24 94 70, f.: 011 22 35 62
 2800 Mechelen, Sint-Katelijnestr. 154, t.: 015 28 00 50, f.: 015 28 00 60
 8800 Roeselare, Hof Ter Weze 1, t.: 051 27 29 29, f.: 051 27 29 59
 2300 Turnhout, Steenweg op Tielen 51, t.: 014 40 02 20, f.: 014 40 02 29



ALGEMEEN ZIEKENHUIS

SINT - MAARTEN

Dr. Philippe Bernard
Dr. Frederick Catry
Dr. Sofie Dekeyzer
Dr. Kristof De Cuyper
Dr. Günther De Praeter
Dr. Dimitri De Vuyst

Prof. Dr. Marc Mespreuve
Dr. Carine Petré
Dr. Ivan Pilate
Prof. Dr. Filip Vanhoenacker
Dr. Katrien Vanwambeke

Dienst Medische Beeldvorming

RADIOLOGIE – ECHOGRAFIE – DUPLEX – CT
MRI – MAMMOGRAFIE – BOTDENSITOMETRIE

Aan Dr. **FERROUDJI MOHAMED**
FRANKRIJKSTRAAT 85
1060 BRUSSEL (SINT GILLIS)

Geachte collega,

24 mei 2017

Betreft: **POPLIMONT NICOLAS FREDERIC - 20-01-1980 - A**

Rue Des Combattants(Ol) 8
7866 Ollignies

O. ref.: **1720933**

Datum onderzoek :24-05-2017

MR KNIE LINKS

Indicatie: contusie met persisterende pijn laterale compartiment. Laterale meniscusscheur?

Geen hydrops. Extensorpezen geen afwijkingen. Kruisbanden intact. Mediaal collateraal ligament geen afwijkingen. Laterale ligamentaire complex: geen relevante elongatie-afwijkingen maar wel wat oedeem tussen de tractus iliobtibialis en de laterale femurcondyl: iliotibiale bandfrictie. Mediale meniscus: minimale degeneratieve veranderingen in de achterhoorn. Laterale meniscus: intact, geen argumenten voor scheur, contusie of degeneratief lijden. Tibiofemorale kraakbeen: een relatief dik kraakbeen in het laterale compartiment met ook wat streperige afwijkingen, en oppervlakkige fraying - graad-II oppervlakkige fissuurtjes. Ook centrolateraal op de mediale femurcondyl fissuratie graad 2 tot 3. Patellaire kraakbeen eveneens graad-I dit inhomogene morfologie. Trochlea femoris eveneens wat oppervlakkige onregelmatigheden - fraying. Diep in de mediale kniekuil wat beperkte ganglion cyste vorming, diep ten opzichte van de mediale gastrocnemius spierbuik. Heel kleine recessus zichtbaar tussen mediale gastrocnemius en semimembranosus als aanleg tot Bakercyste maar actueel geen relevante Bakercyste. Fysiologisch vocht in bursa infrapatellaris profunda. Nergens argumenten voor botcontusie of elongatie afwijkingen.

Besluit:

Normale laterale meniscus.

Geen argumenten voor traumatische afwijkingen.

Lichtgradig tricompartimenteel kraakbeenlijden. Iliotibiale band frictie.

Campus Leopoldstraat
Leopoldstraat 2 – 2800 Mechelen
Tel. : 015 / 30 30 40 (afspraken)
Tel. : 015 / 30 51 41 (inlichtingen)

Campus Rooienberg
Rooienberg 25 – 2570 Duffel
Tel. : 015 / 30 30 40 (afspraken)
Tel. : 015 / 30 51 41 (inlichtingen)

Campus Zwartzustersvest
Zwartzustersvest 47 – 2800 Mechelen
Tel. : 015 / 30 30 40 (afspraken)
Tel. : 015 / 30 51 41 (inlichtingen)

Madame, Monsieur,

Les images des examens effectués par notre service seront disponibles dans un délai de 48 heures pour vous et votre médecin via internet sur PACSonWEB. Ce système vous permet d'accéder à vos images en toute confidentialité et en toute sécurité.

Comment accéder à vos images ?

1. Rendez-vous sur le site <http://imagerie.hopitalerasme.be/> ou scannez le code QR ci-dessous avec votre smartphone.
2. Cliquez sur l'onglet "Je suis un patient"
3. Introduisez le numéro de référence de l'examen
4. Introduisez votre date de naissance (sans espace : jjmmaaaa) dans la case prévue à cet effet
5. Ouvrez l'examen concerné



POPLIMONT, NICOLAS FREDERIC

IRM GENOU du 04/04/2026

Numéro de référence : NA84192260881

Nous vous conseillons de conserver votre numéro de référence afin de pouvoir consulter vos images ultérieurement ou dans le cas où vous souhaiteriez demander un second avis à un autre médecin. Notez que votre médecin prescripteur recevra automatiquement les résultats de votre examen, il n'a pas besoin de ce numéro de référence.

En cas de perte de ce numéro de référence vous pouvez le demander à nouveau par téléphone au secrétariat du Service de Radiologie (T 02/ 555 45 34).

En cas de questions ou de problèmes pour accéder à vos images, n'hésitez pas à contacter le support en charge de PACSonWEB : par téléphone 05 / 277 01 15 ou par mail au support@dobcomed.com.

Très cordialement,

Le Service de Radiologie

T 02 555 45 34

M Secretariat.imedia@erasme.ulb.ac.be



Certificat médical – Accidents du travail et assimilés

Collaborateurs statutaires des Chemins de fer belges

Données d'identification de la victime

Nom et prénom : POPLIMONT NICOLAS
 Nr d'identification : 6805 2000.8
 Nr téléphone : 0495 / 2244 11
 e-mail : nicolas.poplimont@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 : <u>POPLIMONT NICOLAS</u> le <u>14/04/26</u> à <u>16h</u> ...30
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>Chondropathie rotulienne grade IV + ulnare</u> <u>meniscale</u> <u>incapacité de PRP B. annuel</u> <u>en post-op état men. stable</u></p> <p>Traitement et radiographies: <u>infiltrations + AINS + repes</u> <u>depuis lésion au poste</u> <u>actuel uniquement</u></p>
d) CONSEQUENCES	<p>Ces lésions ont pour conséquence immédiate une :</p> <p><input type="checkbox"/> Absence d'incapacité <input checked="" type="checkbox"/> Incapacité temporaire TOTALE du <u>13/04/26</u> au <u>31/05/26</u> Suites probables : <u>incapacité temporaire de 100%</u> <input type="checkbox"/> Incapacité totale définitive : <input type="checkbox"/> Décès</p>
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 14.04.26 à Lessines
 N° téléphone :
 Signature et cachet

Dr. LUMEN EDDY
 Médecine générale
 1.58513.82.003
 Tél. : 068/33.15.19

Lumen

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 : <u>POPEL MONT NICOLAS</u> le <u>25.03.12</u> àh....
b) Date et heure de l'ACCIDENT.	Suite à l'accident du travail dont il/elle a été victime le <u>10.12.11</u> àh....
c) LESIONS : nature, siège et origine probable des lésions	<p>l'accident du travail a causé les lésions suivantes :</p> <p><u>Chondroarthrose rétro-lombaire grade IV + rétro-lombaire</u> <u>meusale</u> <u>indivision de PRP B1 - annuel</u> <u>en post op état non stabilisé</u></p> <p>Traitement et radiographies:</p> <p><u>infiltrations + AINS + repos</u> <u>repos limité au poste actuel</u> <u>impromp</u></p>
d) CONSEQUENCES	<p>Ces lésions ont pour conséquence immédiate une :</p> <p><input type="checkbox"/> Absence d'incapacité <input checked="" type="checkbox"/> Incapacité temporaire TOTALE du <u>25.03.12</u> au <u>11.04.12</u> Suites probables : <u>incapacité permanente à 100%</u></p> <p><input type="checkbox"/> Incapacité totale définitive : <input type="checkbox"/> Décès</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 26.03.12 à LEUVEN
 N° téléphone:
 Signature et cachet

Dr. LUMEN EDDY
 Médecine générale
 1.58513.82.003
 Tél: 069/93.15.10

Lumen Eddy

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.