**Attention :**

Ce document est une aide à la gestion d’une demande d’accident de service ou d’accident de trajet. Il doit être adapté à chaque situation.

Il est conseillé de choisir un médecin agréé (cf. liste sur le site internet du CDG59) en fonction de la pathologie indiquée dans le certificat médical initial et de lui joindre tous les documents utiles (déclaration de l’agent, enquête administrative, fiche de poste détaillée…)

Docteur,

Je vous prie de bien vouloir recevoir Monsieur / Madame............................ dans le cadre d'une expertise médicale.

Monsieur / Madame............................ a déclaré un accident de service/accident de trajet (indiquer la pathologie telle que décrite dans le certificat médical initial : ...................) constatée le .................... .

Je vous remercie de **compléter les conclusions administratives** jointes à ce courrier et de **les renvoyer accompagnées de votre rapport d'expertise complet sous pli confidentiel**.

Je vous remercie par avance et vous prie d’agréer l’expression de ma considération distinguée.

|  |  |
| --- | --- |
| **Conclusions administratives suite à une expertise médicale**  ***(à renvoyer accompagnées du rapport d'expertise complet sous pli confidentiel)***  **ACCIDENT DE SERVICE / ACCIDENT DE TRAJET** | |
| **Nom du médecin expert :** | **Date de l’expertise :** |
| **Identité de l’agent expertisé**  NOM Prénom :  Date de naissance : | Grade :  Fonctions occupées : |
| **Pour un accident du travail ou accident de trajet :**   * Décrire de façon précise la nature des lésions (examen clinique précis et détaillé) : Rapport d’expertise complet sous pli confidentiel * Préciser si la lésion est en rapport direct, unique et certain avec l’accident du travail/ l’accident de trajet (circonstances de l’accident). * Préciser s’il existe un état antérieur. * Déterminer si les arrêts de travail et les soins prescrits sont justifiés et la conséquence directe de l’accident du travail/de l’accident de trajet ou s’ils sont dus à un état antérieur. * Fixer une date de guérison ou de consolidation avec éventuellement un taux d’incapacité permanente partielle (IPP) à déterminer en fonction du barème de référence (barème du Code des pensions civiles et militaires - décret n° 68-756 du 13 août 1968 modifié pris en application de l’article L 28). | |
|  |  |
| **Les arrêts sont-ils à prendre en charge au titre de l’accident de service / accident de trajet ?**  (préciser les dates d’arrêts : …………………………) | |
| * Oui   Jusqu’à quelle date ? ………………….. | * Non |
| **Les soins et les frais médicaux sont-ils justifiés au titre de cet accident de service / accident de trajet ?**  (lister les soins et les frais médicaux éventuellement connus : …………..) | |
| * Oui   Jusqu’à quelle date ? ………………….. | * Non |
| **L’agent est-il consolidé de son accident de service / accident de trajet ?** | |
| * Oui   Date : ………………….   * Sans séquelles * Avec séquelles   Description des séquelles : ………………………………………………...  Taux IPP : ………… % | * Non |
| **L’agent est-il apte à la reprise de ses fonctions ?** | |
| * L’agent est apte à ses fonctions * L’agent est inapte temporairement * L’agent est inapte de manière totale et définitive à ses fonctions * L’agent est inapte de manière totale et définitive à remplir les fonctions correspondant aux emplois du grade * L’agent est inapte de manière totale et définitive à toutes fonctions * L’agent est inapte du fait d’une pathologie indépendante évoluant pour son propre compte | |
| Questions / Observations complémentaires :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| Fait à ……………………………….  Le ……………………………… | Signature et cachet du médecin |