**Attention :**

Ce document est une aide à la gestion d’une demande de reconnaissance de maladie professionnelle. 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…)

[Nom de la collectivité] [ville] [date]

[Adresse de la collectivité]

[Code Postal] [Ville….]

 [Nom du Médecin agrée]

 [Adresse du médecin]

 [Code postal][Ville]

Docteur,

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

Monsieur / Madame............................ a déclaré une maladie professionnelle (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 Docteur et vous prie d’agréer l’expression de ma considération distinguée.

[Signature de l’autorité territoriale]

|  |
| --- |
| **Conclusions administratives suite à une expertise médicale*****(à renvoyer accompagnées du rapport d'expertise complet sous pli confidentiel)*****MALADIE PROFESSIONNELLE** |
| **Nom du médecin expert :**  | **Date de l’expertise :**  |
| **Identité de l’agent expertisé**NOM Prénom :Date de naissance :  | Grade : Fonctions occupées :  |
| **La pathologie déclarée par l'agent est-elle imputable au service ?** |
| * **OUI** *(merci de cocher la motivation correspondante)*
* La pathologie est désignée dans le tableau n° …… des maladies professionnelles\* et remplit toutes les conditions des 3 colonnes de ce tableau.
* La pathologie est désignée dans le tableau n° …… des maladies professionnelles\*, ne remplit pas toutes les conditions des 3 colonnes de ce tableau mais est directement causée par l’exercice des fonctions.
* La pathologie n’est pas désignée dans les tableaux des maladies professionnelles\* mais elle est essentiellement et directement causée par l’exercice des fonctions et entraîne un taux IPP prévisible supérieur à 25%.
* Taux IPP prévisible : …………. %

*\*mentionnées aux articles L.461-1 et suivants du code de la sécurité sociale* | * **NON** *(merci de cocher la motivation correspondante)*
* La pathologie est désignée dans le tableau n° …… des maladies professionnelles\*, ne remplit pas toutes les conditions des 3 colonnes de ce tableau et n’est pas directement causée par l’exercice des fonctions.
* La pathologie n’est pas désignée dans les tableaux des maladies professionnelles.
* Elle est essentiellement et directement causée par l’exercice des fonctions : 🞎 Oui 🞎 Non
* Elle entraîne un taux IPP prévisible de ……….%.

*\*mentionnées aux articles L.461-1 et suivants du code de la sécurité sociale* |
| **Les arrêts sont-ils à prendre en charge au titre de cette maladie professionnelle ?** (préciser les dates d’arrêts : …………………………) |
| * Oui

Jusqu’à quelle date ? ………………….. | * Non
 |
| **Les soins et les frais médicaux sont-ils justifiés au titre de cette maladie professionnelle ?** (lister les soins et les frais médicaux éventuellement connus : …………..) |
| * Oui

Jusqu’à quelle date ? ………………….. | * Non
 |
| **L’agent est-il consolidé de sa pathologie ?**  |
| * 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  |