

## DEMANDE DE VISITE (HORS SUIVI PERIODIQUE)

COLLECTIVITÉ OU ÉTABLISSEMENT	Personne dans la collectivité pouvant être contactée par le médecin du travail	AGENT (fiche de poste à fournir obligatoirement)
	Nom : Prénom : Tél : Mail :	Nom : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : Tél : Adresse postale : Mail :

## TYPE DE VISITE (cochez les cases correspondantes)

le service médecine préventive se réserve le droit de refuser une demande insuffisamment renseignée

#### Visite à la demande

- agent
  - médecin traitant
  - employeur / administration (joindre un rapport circonstancié du contexte)
  - médecin du travail (SMP)
  - médecin conseil (CARSAT)

## Visite de reprise

- date début d'arrêt maladie :
  - après maternité
  - après maladie professionnelle /accident de travail /de service /de trajet
  - après CLM/CLD/CGM

## □ Visite de Pré-reprise

- date début d'arrêt maladie :
  - type d'arrêt maladie :
  - préciser toutes informations utiles sur la situation de l'agent :

- Visite dans le cadre du dispositif préparatoire au reclassement (PPR) après avis du comité médical
  - A votre connaissance, l'agent bénéficie d'un suivi spécifique (psycho, maintien en emploi, social, ...)
  - L'agent est informé du motif de la visite (obligatoire pour toute visite à la demande de l'employeur)
  - Je joins un rapport circonstancié : oui  non

**PRÉCISEZ VOTRE DEMANDE À DESTINATION DU MÉDECIN SOUS FORME DE QUESTION :**

(adaptation de poste, changement de poste, changement d'affectation, reconnaissance de maladie professionnelle, si RPS date de l'entretien RH/agent, contexte de la situation ...) **information obligatoire**

**NB : Cet imprimé peut être accompagné si nécessaire par un courrier ou tout autre document sous pli cacheté « confidentiel » qui sera transmis au médecin.**

Document à retourner au secrétariat du service MÉDECINE PRÉVENTIVE par mail : medecinepro@cdg59.fr