

Date :

DEMANDE DE VISITE (HORS SUIVI PERIODIQUE)

CONSEIL
PRÉVENTION
CONCOURS
CARRIÈRES
EMPLOI

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