

# Maladies à caractère professionnel

## 1 Signalement MCP (maladie à caractère professionnel)

Dans le cas où :

- les symptômes ne font pas partie d'un tableau de maladies professionnelles et la maladie n'a pas de gravité justifiant la saisine du Comité Régional de Reconnaissance de Maladies Professionnelles (incapacité de 25 % estimée par le médecin conseil)

oui|\_| non|\_|

- votre patient refuse de faire sa déclaration en maladie professionnelle

oui|\_| non|\_|

A adresser à

Médecin Inspecteur du Travail  
DRTEFP Alsace  
6 rue du Jeu des Enfants  
67082 STRASBOURG CEDEX

Au titre de l'article L461-6 du code de la Sécurité Sociale qui recommande à tout médecin à signaler tout symptôme ou toute maladie qui présentent à leur avis un caractère professionnel

NE PAS  
REEMPLIR

1 Année :

|\_|\_|\_|\_|

Date réception  
questionnaire :

|\_|\_|\_|\_|

Département :

|\_|\_|

Certificat initial  
rédigé par :

1 |\_|

2 |\_|

décision

caisse : |\_|

saisie

CRRMI : |\_|

signalement MCP

fait par : 1 |\_|

2 |\_|

médecin général G

du travail T

spécialiste S

hospitalier H

conseil C

autre A

2 Situation : |\_|

4 Code OMS1

|\_|\_|\_|\_|

TSVP ➔

## 2 Identification du salarié

Obligatoire, soit 7 premiers chiffres SS : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(soit sexe, année naissance, mois naissance, département naissance)

Facultatif NOM \_\_\_\_\_

Obligatoire PRENOM \_\_\_\_\_

**Situation au moment de la déclaration :** activité A|\_|, apprentissage P|\_|,  
arrêt de travail T|\_|, chômage C|\_|, retraite R|\_|, décédé D|\_|, autre A|\_|

## 3 Profession(s) exercée(s)

Département : |\_|\_|\_|

**Profession actuelle (obligatoire) :** \_\_\_\_\_

Employeur : (facultatif si code NAF et secteur rempli)

\_\_\_\_\_

Secteur d'activité : \_\_\_\_\_ Code NAF |\_|\_|\_|\_|\_|

**Profession antérieure ayant exposé au risque :** \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Secteur d'activité : \_\_\_\_\_ NAF |\_|\_|\_|\_|\_|

## 4<sup>1</sup> Pathologie déclarée

1<sup>er</sup> diagnostic : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

validé par quel avis et quels examens complémentaires ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 4<sup>2</sup> Pathologie déclarée (suite)

2ème diagnostic : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

validé par quel avis et quels examens complémentaires ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 5 Nuisances en rapport

1. Organisation du travail oui|\_|, non|\_|

ambiance de travail stressante |\_|, surcharge de travail |\_|, rythme/cadence |\_|,  
autre (en clair) : \_\_\_\_\_

2. Ambiance et contraintes physiques oui|\_|, non|\_|

gestes répétitifs |\_|, gestes en force |\_|, appui prolongé |\_|, contraintes posturales |\_|,  
vibrations |\_|, bruit |\_|, autres (en clair) \_\_\_\_\_

3. Chimiques oui|\_|, non|\_|, en clair : \_\_\_\_\_

4. Biologiques oui|\_|, non|\_|, en clair : \_\_\_\_\_

Autres nuisances oui|\_|, non|\_|, en clair : \_\_\_\_\_

## 6 Durée d'exposition au risque

Durée d'exposition au risque : |\_|\_|années, |\_|\_|mois

Durée de la maladie avant déclaration ou signalement : |\_|\_|années, |\_|\_|mois

## 7 Avis de validation du risque professionnel

La relation entre maladie et nuisance est : certaine **C**|\_|, très probable **T**|\_|,  
probable **P**|\_|, peu probable **M**|\_|, inexistante **I**|\_|, inconnue **X**|\_|

## 8 Projet(s) sur le devenir professionnel

1<sup>er</sup> projet : maintien au poste : sans aménagement **M**|\_|, avec aménagement **A**|\_|;  
changement de poste **P**|\_|, licenciement pour inaptitude médicale **T**|\_|,  
licenciement pour autre raison **L**|\_|, reclassement professionnel **S**|\_|,  
invalidité **I**|\_|, retraite **R**|\_|, COTOREP **C**|\_|, inconnu **X**|\_|

2<sup>ème</sup> projet : |\_|\_| (utiliser la lettre correspondante)

## 9 Commentaires éventuels

Date

Tampon ou coordonnées du médecin

signature

NE PAS  
REEMPLIR

4 Code OMS2

|\_|\_|\_|\_|

5 Codes

SNOMED

1 |\_|\_|\_|\_|\_|

2 |\_|\_|\_|\_|\_|

3 |\_|\_|\_|\_|\_|

4 |\_|\_|\_|\_|\_|

7 Validation |\_|\_|

8 1<sup>er</sup> projet |\_|\_|

2<sup>e</sup> projet |\_|\_|