

FICHE REFLEXE REDACTION ARRÊT DE TRAVAIL

- Les CERFA sont en bonne partie pré-remplis
- Pour faire gagner du temps à tout le monde, merci de vérifier et remplir les champs en vert systématiquement

Les renseignements médicaux	
je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) DOR Gilles	
et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) [vert] (en chiffres) [Format JJMMAAAA] [vert]	
[Sélectionner OUI/NON pour chaque ligne]	
sans rapport* [OUI] / en rapport* [NON] -- v	avec une affection de longue durée (voir notice 1)
sans rapport* [OUI] / en rapport* [NON] Oui v	avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)
sans rapport* [OUI] / en rapport* [NON] -- v	avec un accident de travail, maladie professionnelle date AT/MP [vert]
sans rapport* [OUI] / en rapport* [NON] Oui v	avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès [Format JJMMAAAA] [] (voir notice 8)
* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée	
sorties autorisée Oui v	à partir du [Format JJMMAAAA] 19022024 (voir notice 4)
sorties sans restriction NON v	à partir du [Format JJMMAAAA] [] (voir notice 5)
activité(s) autorisée(s) NON v	[décrire l'activité] [] à partir du [Format JJMMAAAA] [] (voir notice 6)
et prescrit un temps partiel pour raison médicale du [Format JJMMAAAA] [] au [Format JJMMAAAA] [] (voir notice 7)	
[Sélectionner OUI/NON pour chaque ligne]	
sans rapport/ en rapport ** -- v	avec une affection de longue durée (voir notice 1)
sans rapport/ en rapport ** -- v	avec un accident du travail, maladie professionnelle Date AT/MP [Format JJMMAAAA] []
** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée	
Éléments d'ordre médical (voir notice 9)	
Codification du motif médical []	ou éléments en toutes lettres [Le texte est récupéré du codage diagnostic, il peut être modifié. Penser à préciser le côté] Phlébite proximale (fémorale commune), [vert]
[vert] Texte court (doit rentrer dans la case) + coté	
Identification du praticien	
Nom prénom KARAMAZOV Serge	
Code RPPS []	
Identification de l'établissement	
N° de la structure []	
Adresse de la structure CHU DE NICE - 30 AVENUE DE LA VOIE	
Date [Format JJMMAAAA] 19022024	

Valider Annuler

FICHE REFLEXE REDACTION ACCIDENT DE TRAVAIL

- Les CERFA sont en bonne partie pré-remplis
- Pour faire gagner du temps à tout le monde, merci de vérifier et remplir les champs en vert systématiquement

S'agit-il d'un accident du travail ? s'agit-il d'une maladie professionnelle ? [Saisir OUI pour un AT, Saisir NON pour une MP] <input type="button" value="Oui"/>		Date de l'accident de travail [Format de saisie JJMMAAAA] <input type="text" value="19022024"/>
		date de la 1ère constatation médicale pour une maladie professionnelle [Format de saisie JJMMAAAA] <input type="text"/> (voir notice 1)
Éléments justifiant de la date de la première constatation médicale (à remplir uniquement en cas de certificat initial) : (voir notice 2)		
L'employeur		
nom, prénom ou dénomination sociale : <input type="text"/>		
adresse : <input type="text"/>		
numéro de téléphone : <input type="text"/>		
courriel : <input type="text"/>		
Les renseignements médicaux		
constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice 3)		
<input type="text" value="phlébite proximale (fémorale commune) gauche"/> Reprise Conclusion -> Synthétique et vous gagnez du temps		
- conséquences prévisibles (voir notice 4)		
soins prévisibles jusqu'au [ATTENTION Format de saisie JJ MM AAAA] <input type="text"/>		
- conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice 5)		
guérison / consolidation avec séquelles [Saisir OUI pour Guérison, Saisir CONS pour consolidation] <input type="button" value="--"/>		date guérison : [ATTENTION Format de saisie JJ MM AAAA] <input type="text"/>
		date consolidation [Format de saisie JJMMAAAA] <input type="text"/>
Éléments justifiant de la date de la première constatation médicale (à remplir uniquement en cas de certificat initial) : (voir notice 2)		
Identification du praticien		Identification de l'établissement
Nom prénom [*balisePDF:ps_nom_prenom*] <input type="text" value="PEPPER Sheriff"/>		Raison sociale [*balisePDF:ps_raison_sociale_adresse_lignes*] <input type="text" value="CHU DE NICE - 30 AVENUE DE LA VOIE"/>
Code RPPS <input type="text"/>		Adresse FINESS établissement <input type="text" value="060789195"/>