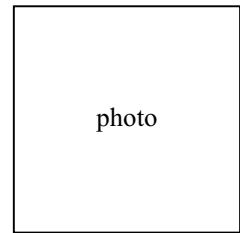


Annexe n° 1

l'entreprise à laquelle appartient le travailleur.....
.....



DOSSIER MEDICAL

En application des articles 10 et 34 du décret n° 2000-1985 du 12 septembre 2000
portant organisation et le fonctionnement des services de médecine du travail
N° du dossier

IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR

Nom et Prénom..... Matricule à l'entreprise.....

Date et lieu de naissance...../...../..... à.....

N° de la matricule à la Caisse nationale de.....

Adresse code postal.....

QUALIFICATIONS DU TRAVAILLEUR

Niveau d'études et diplômes.....

Profession Poste du travail..... Date de recrutement.....

Profession / poste du travail	Nom et adresse de l'entreprise	Période : duau.....

ANTECEDENTS MEDICAUX

Antécédents médicaux.....

Antécédents chirurgicaux.....

Antécédents gynécologiques.....

Antécédents héréditaires ou familiaux

HABITUDES : Tabac :Alcool : Automédication :

VACCINATIONS

Vaccin contre :	Date de la 1 ^{ère} injection	Date de la 2 ^{ème} injection	Date de la 3 ^{ème} injection	Date du dernier rappel
La tuberculose				
Le tétanos				
L'hépatite virale.....				
D'autres maladies:.....				

EXAMEN MEDICAL INITIAL

Nom et prénom du médecin du travail :			
Date de l'examen :			
DONNEES ANTHROPOMETRIQUES		• Poids :	• Taille :
	• Vision		De près De loin
	- Œil droit :
	- Œil : gauche
• Audition :			
		- Oreille droite :	Oreille gauche :
DENTURE :			
TEGUMENTS :			
APPAREIL LOCOMOTEUR :			
APPAREIL RESPIRATOIRE :			
APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE :		Pouls :.....	Tension artérielle :
ABDOMEN :			
APPAREIL GENITO-URINAIRE :			
GLANDES ENDOCRINES :			
SYSTEME NERVEUX :			
EXAMENS COMPLEMENTAIRES (hématologiques, bactériologiques, radiologiques,...)			
RESULTAT DE L'EXAMEN MEDICAL :			
CONCLUSION CONCERNANT L'APTITUDE AU TRAVAIL :			
• Apte au poste du travail (à préciser) :			
• Apte au poste du travail (à préciser):à condition (préciser la condition).....			
.....			
• Inapte au poste du travail (préciser le poste du travail et les mesures à prendre) :			
.....			
• Inaptes définitif à tout poste du travail dans l'entreprise:.....			

EXAMENS MEDICAUX ULTERIEURS

Examen médical : <input type="checkbox"/> Périodique, <input type="checkbox"/> De reprise du travail, <input type="checkbox"/> Spontané	Examen médical : <input type="checkbox"/> Périodique, <input type="checkbox"/> De reprise du travail, <input type="checkbox"/> Spontané	Examen médical : <input type="checkbox"/> Périodique, <input type="checkbox"/> De reprise du travail, <input type="checkbox"/> Spontané

EXAMENS MEDICAUX ULTERIEURS

Examen médical : <input type="checkbox"/> Périodique, <input type="checkbox"/> De reprise du travail, <input type="checkbox"/> Spontané	Examen médical : <input type="checkbox"/> Périodique, <input type="checkbox"/> De reprise du travail, <input type="checkbox"/> Spontané	Examen médical : <input type="checkbox"/> Périodique, <input type="checkbox"/> De reprise du travail, <input type="checkbox"/> Spontané

EXAMENS MEDICAUX ULTERIEURS

Examen médical : <input type="checkbox"/> Périodique, <input type="checkbox"/> De reprise du travail, <input type="checkbox"/> Spontané	Examen médical : <input type="checkbox"/> Périodique, <input type="checkbox"/> De reprise du travail, <input type="checkbox"/> Spontané	Examen médical : <input type="checkbox"/> Périodique, <input type="checkbox"/> De reprise du travail, <input type="checkbox"/> Spontané

POSTES DU TRAVAIL AUXQUELS LE TRAVAILLEUR A ETE AFFECTE

Période	Description du poste	Nature du risque professionnel
du.....au.....		
du.....au.....		
du.....au.....		
du.....au.....		

ANTECEDENTS D'ACCIDENTS DE TRAVAIL

Date de l'accident	Cause de l'accident	Nature et la lésion	Siège de la lésion	Durée d'arrêt du travail

ANTECEDENTS DE MALADIES PROFESSIONNELLES (MP)

ET A CARACTERE PROFESSIONNEL

Nom de la maladie	Agent causal	Numéro du tableau de la MP	Date de découverte de la maladie	Durée d'arrêt du travail