

## ENTREPRISE

Date de l'information à Prévéam :

Nom et fonction du déclarant :

N° Adhérent :  Raison sociale :

Adresse :

Téléphone :

## TRAVAILLEUR CONCERNE PAR LA MALADIE PROFESSIONNELLE

NOM :  Prénom :

Date de naissance :  Code PCS ESE\* :

Poste de travail :

Type de contrat :  CDI  CDD  Intérimaire  Saisonnier  Apprenti  Stagiaire

\*La nomenclature PCS-ESE sert aux entreprises du secteur privé à codifier la profession de leurs salariés dans les formulaires administratifs. Pour connaître cette nomenclature, veuillez suivre le lien suivant : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcsese2017/categorieSocioprofessionnelleAgregree/1?champRecherche=true>

## LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Date de déclaration de la MP :

Nom de la maladie :

Reconnaissance :  OUI  NON  EN ATTENTE

## VOS BESOINS

Avez-vous effectué une analyse des causes de la MP ?  OUI  NON

Si NON, pourquoi ?

Souhaitez-vous, pour l'analyse des causes de la MP :

UNE INFORMATION

UNE FORMATION A LA METHODOLOGIE

UN ACCOMPAGNEMENT

AUCUN

*En cas de souhait exprimé, un Intervenant en Santé Travail de Prévéam vous contactera dans les meilleurs délais.*

La MP a-t-elle fait l'objet d'un arrêt de travail ?  OUI  NON

Si OUI, Date de début d'arrêt :  Date de fin d'arrêt :

Souhaitez-vous un rendez-vous de reprise après MP (quelle qu'en soit la durée) :  OUI  NON

Date de reprise du travail :