

## Cas clinique : déclaration AT/MP

Mr A. Ahmed, 72 ans, est un ancien mineur dans des entreprises de France et d'Algérie, retraité depuis 12 ans. Il se fait suivre par vos soins pour une asbestose déclarée et indemnisée comme maladie professionnelle depuis qu'il était encore salarié. Au cours de la dernière consultation vous diagnostiquez chez lui un cancer bronchique. Disposant des renseignements suivants, vous décidez de lui fournir les documents nécessaires pour une prise en charge par la CNAS.

Nom: A... - prénom : Ahmed, date de naissance: présumé né en 1941.

### Antécédents professionnels :

- du 15 avril 1959 au 20 décembre 1963 : mineur dans une mine de charbon en France.
- de 1964 à mars 1979 : agriculteur dans la ferme familiale.
- du 02 mars 1979 à 11 novembre 2000 : manutentionnaire dans une cimenterie fabricant le fibrociment.
- le 11 novembre 2000 départ à la retraite.

Le diagnostic d'asbestose est confirmé par la radiographie standard du thorax du 15 mars 1999. Le cancer bronchique est confirmé par la TDM thoracique du 2 janvier 2013.

Quelle est votre conduite à tenir médico-légale. Vous disposez des documents ci joints.

Bon Travail

Responsable du Module

Pr BENHASSINE W

SECURITE SOCIALE

Accident du Travail et Maladies Professionnelles

**Déclaration d'utilisation de procédés susceptibles de provoquer des Maladies professionnelles**

Agence :  
Centre de paiement :

Référence :

- à établir par l'employeur en quatre (4) exemplaires destinés :
- \* 1 - au services de prévention de l'agence de sécurité sociale,
  - \* 2 - à l'inspecteur du travail,
  - \* 3 - à la direction de wilaya de la santé,
  - \* 4 - à l'organisme chargé de l'hygiène et sécurité.

L'employeur soussigné : (1) .....

Adresse : .....

n° d'immatriculation à la Sécurité Sociale : ..... n° du Registre de Commerce : .....

Déclare utiliser depuis le ..... les procédés de travail suivants :

Susceptibles de provoquer les maladies professionnelles ci-après :

Le nombre de personnes exposées est de : .....

Fait à ..... le .....

Cacher et Signature

(1) Nom, prénom, qualité du signataire, raison sociale de l'entreprise.

SECURITE SOCIALE

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

à adresser à la Caisse Sociale en six exemplaires par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard 48 h. après l'accident.

N° d'accident : \_\_\_\_\_  
Code : \_\_\_\_\_

Agence  
Centre de paiement

Imp. CNAS 12.92 AT 1

EMPLOYEUR

Nom, prénoms ou Raison sociale  
Profession  
Adresse  
N° Téléphone  
Chantier ou lieu de travail  
Commune  
Wàlaya  
N° employeur  
Agence d'affiliation  
Nbre approx. de salariés de l'établi. au moment de l'accid.

VICTIME

Nom, prénoms  
Nom de jeune fille (s'il y a lieu)  
Nationalité  
Adresse  
Qualification professionnelle (1)  
Pays d'origine  
Date de naissance  
Date de recrutement  
Sexe : M F (2)  
N° d'immatriculation

ACCIDENT

Date  
Jour de la semaine S D L M M J V (2)  
heures minutes  
Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime (1) heures  
horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de h. à h. et de h. à h.  
Lieu de l'accident (1) (3)  
Nature des lésions (1)  
Siège des lésions (préciser s'il y a lieu, le côté : droit ou gauche) (1)  
Élément matériel (1)  
Circonstances détaillées de l'accident  
Lieu où à été transportée la victime  
Suite probable (2) SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR À 24 H. à compter du DECES IMMÉDIAT

TEMOINS

1 Identité :  
Adresse :  
2 Identité :  
Adresse :  
Un rapport de police a-t-il été établi ? Si OUI, par qui

ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS

Nom et adresse du tiers :  
Organisme d'assurance du tiers

SALAIRE DE REFERENCE (1)

PERIODE	NOMBRE DE JOURS OU D'HEURES	SALAIRES SOUMIS A COTISATIONS	RETENUES		SALAIRES NET PERCU	PERIODICITE DE PAIEMENT
			SEC. SOCIALE	FISCALE		
du						
au						

Nom et qualité du signataire

Fait à le Signature

QUESTIONS POSEES AU CONTROLE MEDICAL

REPONSES DU CONTROLE MEDICAL

Blank space for medical control questions and answers.

(1) Voir au verso  
(2) Rayer les mentions inutiles  
(3) Indiquer le pays lorsque l'accident est survenu à l'étranger

VOLET 1 DESTINE AU CENTRE PAYEUR

SECURITE SOCIALE

Accidents du Travail

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL OU DE PROLONGATION

à établir en 2 exemplaires : Original géré par la Sécurité Sociale Double à remettre à la victime.

Agence
Centre de paiement

Je soussigné, Docteur (en lettres d'imprimerie)

Grade et Spécialité

Adresse

après avoir examiné M

né (e) le (en lettres d'imprimerie)

Numéro d'immatriculation

demeurant à :

lequel m'a déclaré avoir été victime d'un accident du travail le

à heures au service de :

Nom et raison sociale :

Numéro d'immatriculation

constate et certifie ce qui suit :

a) siège des lésions :

b) nature des lésions :

c) pronostic :

En conséquence de quoi je lui prescris.

(1) un arrêt de travail de jours, à compter du

(1) de prolonger de jours l'arrêt de travail prescrit par le certificat

du

(1) de continuer le travail avec soins pendant jours

(1) il y a lieu de prévoir une incapacité permanente.

(1) il n'y a pas lieu de prévoir une incapacité permanente.

Fait à , le

Cachet et Signature du Médecin.

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.



SECURITE SOCIALE

Maladies Professionnelles

Agence  
Centre de paiement

**CERTIFICAT MEDICAL  
INITIAL OU DE PROLONGATION**

à établir en 3 exemplaires : 2 exemplaires à adresser à la caisse  
dont 1 au service de prévention, le 3<sup>ème</sup> exemplaire à remettre  
à l'intéressé.

Référence :

(1) MALADIE PROFESSIONNELLE     (1) MALADIE A CARACTERE PROFESSIONNEL  
(voir tableaux des maladies professionnelles)

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_

Spécialité et grade \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

certifie avoir examiné M \_\_\_\_\_

né (e) le \_\_\_\_\_

Numéro d'immatriculation

employé(e) actuellement par : \_\_\_\_\_  
(dénommé ou raison sociale de l'employeur)

en qualité de : \_\_\_\_\_ au poste de : \_\_\_\_\_

Nature du travail effectué au moment de l'exposition ou risque \_\_\_\_\_

Constata et certifie ce qui suit : (2) \_\_\_\_\_

Son état nécessite un arrêt de travail de : \_\_\_\_\_ jours

il présente une incapacité permanente de : \_\_\_\_\_ %

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Cachet et Signature du Médecin

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.  
(2) Fournir toutes indications utiles sur la maladie et ses symptômes, indiquer si possible la durée de la maladie et éventuellement spécifier  
si elle doit entraîner une incapacité de travail.

SECURITE SOCIALE

Maladies Professionnelles

DECLARATION  
DE MALADIE PROFESSIONNELLE

*à remplir en quatre exemplaires par la victime ou ses ayants-droit et à adresser à l'organisme de Sécurité Sociale dans un délai de 15 jours au minimum et de trois mois au maximum qui suivent la première constatation médicale et de la maladie*

Agence  
Centre de paiement

Référence  
Date de dépôt

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_ (Nom de jeune fille) \_\_\_\_\_ n° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
 Nationalité : \_\_\_\_\_ Pays d'origine \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Nature des travaux présumés avoir engendré l'affection d'origine professionnelle : \_\_\_\_\_  
 Durée d'exposition : \_\_\_\_\_  
 Date de cessation d'exposition au risque : \_\_\_\_\_  
 Nature de la maladie : \_\_\_\_\_  
 Constaté le : \_\_\_\_\_  
 un dossier médical pour cette maladie a-t-il déjà été déposé dans le cadre des Assurances Sociales ?  
 OUI  NON  (1)  
 Si oui a-t-il donné lieu à une indemnisation : ?  
 OUI  NON  (1)  
 - Si oui à quelle date ? \_\_\_\_\_

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR AU SERVICE  
DUQUEL LA MALADIE A ETE CONTRACTEE

Nom et Prénoms \_\_\_\_\_  
 ou  
 Raison Sociale \_\_\_\_\_ n° Employeur \_\_\_\_\_  
 Adresse où le malade travaille ou travaillait habituellement : \_\_\_\_\_  
 Période d'emploi du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
 Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
 Signature du Déclarant  
 (nom, prénom et qualité du signataire)

Joindre deux exemplaires du certificat médical initial prévu à cet effet établi par le médecin traitant ainsi que les certificats ou attestations de travail établis par les employeurs successifs.

La loi jointe quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration. Imp. CHAS 12.92 AT 16  
 (1) Mettre une croix dans le case correspondante