

**ANNEXE 6 : ENQUETE ADMINISTRATIVE SUITE A DECLARATION  
DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

**Coordonnées de la collectivité employeur**

Collectivité ou établissement : .....

Adresse : .....

.....

Dossier suivi par : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

**Renseignements concernant la victime**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Latéralité agent :  Droitier(e)     Gaucher(e)

Numéro de sécurité sociale : .....

Adresse personnelle : .....

.....

Téléphone : ..... Courriel : .....

**Statut et poste de la victime**

Stagiaire     Titulaire    Catégorie :  A     B     C

Filière : ..... Grade : .....

Temps complet     Temps partiel : .....%     Temps non complet >28 h : .....h

Poste occupé : .....

Date d'entrée dans la collectivité : .....

Date d'entrée sur le poste : .....

**Date 1<sup>ère</sup> constatation de la maladie : ..... Numéro de tableau le cas échéant.....**

**Rapport circonstancié du supérieur hiérarchique direct**

Nom et Prénom du responsable hiérarchique direct : .....

Période (s) d'exercice des fonctions susceptibles d'avoir entraîné la maladie : .....

.....

Avis sur la nature du risque et l'exposition à celui-ci :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Avis sur les éléments matériels éventuellement associés à la maladie professionnelle (machine, bruit, produits...)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à .....

Le : .....

Signature du responsable hiérarchique direct :

**Avis du médecin de prévention (à compléter par la collectivité)**

Date de la visite médicale : .....

Maladie professionnelle respectant l'ensemble des critères du tableau :  OUI  NON

Maladie professionnelle désignée dans un tableau mais ne respectant pas l'ensemble des critères :  OUI  NON

Si oui, saisine de la commission de réforme obligatoire

Maladie professionnelle hors tableau :  OUI  NON

Si oui, saisine de la commission de réforme obligatoire

Date retenue pour le début de la prise en charge : .....

Observations éventuelles : .....

.....

.....

.....

.....

**Pièces jointes par la victime**

Certificat médical (*obligatoire*)

Résultats des examens médicaux prescrits par le tableau si la maladie y est inscrite ( sous pli confidentiel)

Fiche d'exposition aux risques

Témoignages écrits

Autres (à préciser) : .....

.....

.....

**Avis de l'autorité territoriale**

Maladie professionnelle respectant l'ensemble des critères du tableau et justifiant la reconnaissance de l'imputabilité :

OUI     NON

Si oui, date retenue pour le début de la prise en charge : .....

Maladie professionnelle désignée dans un tableau mais ne respectant pas l'ensemble des critères :  OUI     NON

Si oui, saisine de la commission de réforme obligatoire

Maladie professionnelle hors tableau :  OUI     NON

Si oui, saisine de la commission de réforme obligatoire

Motivations : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à .....

Le.....

Signature de l'autorité territoriale

***Ce formulaire a pour objet de permettre à la collectivité de se prononcer sur l'imputabilité et est à distinguer de la déclaration également parfois désignée « enquête administrative » sollicitée le cas échéant par l'assurance statutaire.***