

Représentation de la place de travail

de l'entreprise pour le médecin traitant en vue de l'appréciation des possibilités de réinsertion dans l'entreprise et la fixation du degré de la capacité de travail

Entreprise:			
Nom:		IDE:	
Rue:		Téléphone:	
NP lieu:		Mail:	
Personne de contact dans l'entreprise:			
Prénom/nom:		Téléphone:	
Fonction:		Mail:	
Nom et prénom de la personne accidentée:			
Prénom/nom:		N° AS / N° AVS:	
Rue:		Date de nais.:	
NP lieu:		Sexe:	
Sinistre:			
N° de sinistre:		Date de l'accident:	
Description du poste de travail:			
Tâches principales:			
Tâches principales de la personne assurée dans l'entreprise avant l'accident:			
Temps de travail:	h/semaine	Emploi à plein temps normal:	h/semaine
ou taux d'activité:	%	Remarques:	
Conditions spéciales/Cadre de travail:			
<input type="checkbox"/> Position de travail assise	<input type="checkbox"/> Bruit	<input type="checkbox"/> Soulever < 5kg	
<input type="checkbox"/> Position de travail debout	<input type="checkbox"/> Température élevée, basse, vapeurs	<input type="checkbox"/> Soulever > 5kg	
<input type="checkbox"/> Position de travail assise-debout	<input type="checkbox"/> Odeurs	<input type="checkbox"/> Soulever < 10kg	
<input type="checkbox"/> Travail à l'écran	<input type="checkbox"/> Exposition aux poussières	<input type="checkbox"/> Soulever > 15kg (en partie)	
<input type="checkbox"/> Activité de contrôle visuel	<input type="checkbox"/> Activité obligeant souvent le corps à se tourner	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Contact avec la clientèle	<input type="checkbox"/> Emploi précis de la main impliquant un gros effort	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Travail en équipe	<input type="checkbox"/> Risque élevé d'accident pour employés entravés	<input type="checkbox"/>	
Temps de travail:			
<input type="checkbox"/> Travail de jour fixe	<input type="checkbox"/> Travail de nuit nécessaire	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Travail de jour à horaires variables	<input type="checkbox"/> Travail de nuit uniquement	<input type="checkbox"/>	
Poste de travail ménageant la santé:			
	<input type="checkbox"/> existant	<input type="checkbox"/> possible seulement temporairement	<input type="checkbox"/> inexistant
Description du poste de travail ménageant la santé possible:			
Prise de contact:			
	<input type="checkbox"/> souhaitée par le médecin	<input type="checkbox"/> par l'assurance le:	
Remarques:			

Date:

Signature: _____

superflu pour envoi électronique

Avec le bouton «**Envoyer des données**» vous pouvez envoyer les données électroniquement à Suva.