

Représentation de la place de travail

suva

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:

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:
ou taux d'activité:

h/semaine
%

Emploi à plein temps normal:
Remarques:

h/semaine

Conditions spéciales/Cadre de travail: Position de travail assise Bruit Soulever < 5kg Position de travail debout Température élevée, basse, vapeurs Soulever > 5kg Position de travail assise-debout Odeurs Soulever > 10kg Travail à l'écran Exposition aux poussières Soulever > 15kg (en partie) Activité de contrôle visuel Activité obligeant souvent le corps à se tourner Contact avec la clientèle Emploi précis de la main impliquant un gros effort Travail en équipe Risque élevé d'accident pour employés entravés

Temps de travail:

- Travail de jour fixe Travail de nuit nécessaire
 Travail de jour à horaires variables Travail de nuit uniquement

Poste de travail ménageant la santé:

- existant possible seulement temporairement inexistant

Description du poste de travail
ménageant la santé possible:

Prise de contact:

- souhaitée par le médecin 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.