



Bulletin Médical de Constatation Accidents du Travail

NUMÉRO DOSSIER

si connu

A envoyer à:

Securex Accidents du Travail – Caisse commune

Verenigde-Natieslaan 1 - 9000 Gand - T +32 9 280 41 70

insurance@securex.be

- 1 Nom de l'employeur
- 2 Nom, prénom de la victime
Adresse de la victime
- 3 Date et heure de l'accident Date Heure
- 4 Date du début de l'incapacité
- 5 Date et heure du début du traitement Date Heure

6 Quelles lésions l'accident a-t-il occasionnées ? <i>Veillez indiquer le genre et la nature des lésions ainsi que les parties du corps (gauches / droites) atteintes (fracture du bras gauche, contusion du pouce droit, lésion interne, étouffement, etc.). Cette diagnose est indispensable afin de pouvoir traiter le dossier (*)</i>	
7 Y a-t-il des lésions dentaires consécutives à l'accident? A quelles dents ?	oui non
8 Quels traitements (ou interventions) le médecin a-t-il institués ?	
9 Mutilations, infirmités ou maladies préexistantes à l'accident et de nature à aggraver les suites de celui-ci ?	
10 Quelle est l'incapacité actuelle ?	totale partielle travail adapté nulle
11 Quelle est la durée probable de cette incapacité ?	
12 Suites probables :	nulles temporaires permanentes décès
13 Lieu où la victime est soignée :	chez le médecin à l'hôpital au domicile de la victime autre
14 a) Le médecin soussigné continue-t-il les soins ?	oui non
b) Sinon, la victime doit-elle être confiée à un médecin-spécialiste ?	oui non
c) Le cas échéant lequel ?	
15 Si un traitement spécial est nécessaire, le médecin est prié de se mettre au préalable en contact avec Securex Accidents du Travail.	
16 Nom du médecin :	
Adresse du médecin :	

le

Signature

Lieu

Date

(*) a défaut de ces données, ce document vous sera renvoyé pour complément