FORMULAIRE DE SIGNALEMENT DE MALADIE A CARACTERE PROFESSIONNEL
- article L.461-6 du code de la Sécurité Sociale -

à renvoyer à :
DRTEFP - Inspection médicale régionale du travail - 180 Av. du Prado 13285 MARSEILLE CEDEX 08

- **Manifestations pathologiques**

- **Résultats des examens complémentaires**

- **Agents** (physique, chimique, biologique et/ou organisation du travail susceptible(s) d'être mis en cause)

- **Durée d'exposition aux risques avant la maladie**

- **Observations complémentaires**

Un signalement de MCP a été fait, mais la pathologie relève d'une MPI.
Si oui, n° du tableau :

Régime du tableau général ❑ autre ❑

Motif :

Refus du salarié ❑ Refus de la CPAM ❑ autre ❑

ENTREPRISE

Nom (facultatif) :
Département :
Secteur d'activité :
Code NAF/APE :
Adresse de l'établissement :

MEDECIN DECLARANT

généraliste ❑ spécialiste ❑

médecin du travail ❑ consultation de pathologie prof. ❑

médecin conseil ❑ autre ❑

cachet du médecin : téléphone :

signature :

SALARIE : sexe, année, mois, département de naissance
(7 premiers chiffres de la Sécurité sociale)

profession : .....

Date :

(Conserver une copie de cette déclaration dans le dossier médical du salarié).