

OVERSEAS CONTACT

Amélie Elie
02 509 38 22
Pascale Domken
02 509 20 84
prestationsperiodiques-om@onssrsziss.fgov.be

ADRESSE

Place Victor Horta 11
1060 Bruxelles

A2 - CERTIFICAT DE PREMIERE CONSTATATION

À faire compléter, signer et à renvoyer au service

1. Nom et adresse du médecin	
2. Nom, prénom et adresse de la victime	N° d'affiliation : _____/_____
3. Description des lésions (sorte et nature des lésions ainsi que les parties du corps atteintes – fracture du bras, contusions, lésions internes...)	
4. Incapacité temporaire de travail Cocher la case adéquate	Pas d'arrêt de travail
	Incapacité totale de travail de ___ ___ jours, depuis le ___/___/_____
	Incapacité partielle de travail de ___ %, durant ___ ___ jours
5. Evolution probable des lésions de la victime Cocher la case adéquate	Guérison sans séquelles
	Guérison avec séquelles, qui n'entraîne pas une incapacité permanente de travail
	Consolidation avec incapacité probable de ___ ___ %
	Décès
6. L'incapacité de travail résulte-t-elle normalement des lésions mêmes, sans intervention d'autres causes ?	Oui Non
7. Les lésions sont-elles influencées par un état de santé antérieur ?	Oui (courte description) Non
8. N'avez-vous aucune suggestion à faire? (traitement spécial, opération ...)	
9. Lieu où la victime se trouve : (hôpital ou résidence)	

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Fait à le ___/___/_____

Signature*

(*) Signature électronique et manuscrite autorisées