

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDECINE

à retourner au secrétariat du service de médecine

Date* **Madame*** **Monsieur***

Nom de naissance* **Prénom***

Nom d'épouse **N° sécurité sociale***

Nom du médecin traitant*

Situation familiale*

Célibataire Marié(e) PACS Union libre Divorcé(e) Veuf(ve) Autre

Date de naissance*

Lieu de naissance*

Département*

Adresse*

Code postal*

Ville*

Téléphone de l'agent

Adresse e-mail de l'agent*

Employeur*

Multi-employeur : Oui Non

Si oui, lesquels ?

Type de contrat* **Date d'entrée*** **Poste occupé***

Filière **Grade** **Service***

Temps d'emploi* :

- Plus de 28h/semaine/CNRACL – titulaire
 Moins de 28h/semaine/CNRACL – titulaire
 Ircantec – titulaire
 Ircantec – contractuel

Veillez précisez (ex : 15h/semaine)* :

Avez-vous le diplôme S.S.T (Sauveteur Secouriste du travail) ? Oui Non

Autre : AFPS PSC1 PSE

Êtes-vous AP (Assistant de Prévention) ? Oui Non

Avez-vous une autorisation de conduite (après formation Certificat d'Aptitude à la conduite d'Engins en Sécurité) ? Oui Non

Avez-vous une habilitation électrique ? Oui Non

Êtes-vous reconnu travailleur en situation de handicap* ? Oui Non

*** Champs à remplir obligatoirement**

En vertu du décret 2022-1434, vous êtes informé de la création de votre Dossier Médical en Santé au Travail (DMST). Vous disposez d'un droit d'opposition à l'accès à votre DMST par les professionnels de santé chargés d'assurer le suivi de votre état de santé ainsi que l'accès à d'autres DMST dont vous êtes titulaire et qui seraient détenus par d'autres services de prévention et de santé au travail. Vous pouvez formuler par courrier (accompagné d'une pièce d'identité) auprès du service de médecine du travail dont vous relevez, une demande de transmission de votre dossier médical au médecin de votre choix. Les professionnels de santé au travail peuvent recourir, pour l'exercice de leurs missions, à des pratiques médicales à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication (téléconsultation). **En signant ce document, vous reconnaissez avoir été informé de vos droits, de la création de votre DMST et donnez votre consentement pour l'accès à votre DMST et le recours à la téléconsultation.** Si vous souhaitez vous opposer à l'une de ces mentions, nous vous remercions de cocher la case correspondante.

Signature de l'agent*

Accès DMST Oui Non

Consentement à la téléconsultation Oui Non