

**RAPPORT MÉDICAL EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL  
(MALADIE, MATERNITÉ, ACCIDENT DU TRAVAIL, MALADIE PROFESSIONNELLE)**

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 b; article 22.1 a ii, 1 b ii et 1 c ii; article 22 ter; article 25 1 b; article 34 ter; article 52 b; article 55.1 a ii;  
1 b ii et 1 c ii

Règlement (CEE) n° 574/72: article 18.2 et 3; article 24; article 26.5 et 7; article 61.2 et 3; article 64; article 65.2 et 4

À remplir par le médecin de l'institution qui établit le formulaire E 115 à annexer au présent formulaire et à envoyer sous pli fermé dans les cas de maladie ou de maternité<sup>(2)</sup>.

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages.**

1.	Institution compétente destinataire
1.1	Dénomination: .....
1.2	N° d'identification de l'institution: .....
1.3	Adresse: .....
1.4.	Référence: notre formulaire E 116 du ..... (date)

2. Annexe au formulaire E 115 du ..... (date)

3.	Personne concernée
3.1	Nom(s) de famille <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Nom(s) de famille à la naissance (si différent): .....
3.3	Prénoms: ..... Date de naissance: .....
3.4	Adresse dans le pays de résidence ou de séjour: .....
3.5	N° d'identification personnel: .....

4. Je soussigné/e, ....., docteur en médecine, après avoir examiné la personne désignée ci-dessus

le .....

4.1 estime qu'il s'agit

d'un cas de maladie  d'un cas de maternité (date présumée de l'accouchement: .....) )

4.2 qu'il s'agit probablement

d'un accident du travail  d'une maladie professionnelle  d'un accident

4.3  d'une rechute ou aggravation

## A. Rapport général

5. À remplir dans tous les cas

- 5.1 Anamnèse et symptômes actuels: .....
- 5.2 Examen clinique: .....
- 5.3 Autres constatations: .....
- 5.4 Examens techniques <sup>(4)</sup>: .....
- 5.5 Diagnostic: .....
- 5.6 Conclusions: .....
- 5.7  L'intéressé n'est pas reconnu incapable de travailler
- 5.8  L'intéressé est reconnu incapable de travailler à partir  
du ..... jusqu'au .....
- 5.9  L'intéressé est reconnu partiellement incapable de travailler  
(..... %) du ..... jusqu'au ..... <sup>(5)</sup>
- 5.10  L'intéressé sera soumis à un nouveau contrôle médical le .....
- 5.11  L'intéressé est en état de travailler à partir du .....

## B. Rapports en cas d'accident du travail

6. Premier rapport médical

- 6.1 Cet accident a produit les lésions suivantes <sup>(6)</sup>: .....
- 6.2 Ces lésions  ont eu  auront les conséquences suivantes <sup>(7)</sup>
- 6.3 L'incapacité de travail a débuté le .....
- 6.4 La victime est soignée  
 à son domicile  au cabinet du médecin  
 à l'hôpital  dans un autre lieu
- Adresse <sup>(8)</sup>: .....

7. Dernier rapport médical

7.1 Le traitement a pris fin le: .....

7.2 Les lésions sont consolidées à la date du: .....

7.3  sans séquelles

7.4  et auront probablement les conséquences suivantes:  
.....  
.....  
.....

7.5 Description détaillée de l'état de la victime après guérison ou à la fin du traitement médical:  
.....  
.....  
.....

8. Institution du lieu de résidence ou de séjour:

8.1 Dénomination: .....

8.2 N° d'identification de l'institution compétente: .....

8.3 Adresse: .....

8.4 Cachet

8.5 Date: .....

8.6 Signature: .....

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (2) Il n'y a pas lieu d'établir le formulaire E 116 pour les demandes de prestations de maternité payables par la Belgique. *Pour la Belgique, il doit toujours être adressé d'abord à l'institution compétente belge en matière d'assurance maladie. En République tchèque, au Liechtenstein, en Finlande, en Norvège et en Suède, le formulaire est rempli par le médecin consulté par l'intéressé et est vérifié par l'institution d'assurance.*
- (3) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (4) Indiquer le type d'examen et la date.
- (5) Pour les besoins des institutions norvégiennes.
- (6) Indiquer le genre et la nature des lésions, la partie du corps lésée: fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.
- (7) Indiquer les conséquences certaines ou probables des lésions constatées: décès, incapacité permanente ou temporaire totale ou partielle; en cas d'incapacité temporaire, préciser la durée probable.
- (8) Si la victime est soignée à l'hôpital, donner également la dénomination de celui-ci.