

## Informations spécifiques relatives au COVID-19

Afin de nous aider à instruire le plus rapidement possible votre demande, nous vous demandons de suivre les instructions reprises ci-dessous :

Formulaire 601 (formulaire administratif à remplir par vous et votre employeur)	Formulaire 603 (formulaire médical à faire compléter par un médecin)
Outre <b>vos données personnelles</b> (nom, prénom, date de naissance, adresse, n° de téléphone et/ou de GSM et adresse mail) et <b>vos formation</b> , il est impératif de nous donner un maximum d'informations concernant votre occupation professionnelle.	le diagnostic clair (COVID-19) et l'évolution médicale de la maladie (rapports de médecins) ;
Votre employeur doit remplir la rubrique B, en indiquant le service dans lequel vous travaillez. Vous et/ou votre employeur devez également décrire la <b>nature de l'activité professionnelle</b> exercée dans les dernières semaines précédant le début des symptômes.	<b>les résultats de laboratoire prouvant l'infection par le virus SRAS-CoV-2 (ces résultats sont absolument nécessaires pour traiter votre demande) ;</b>
N'oubliez pas de joindre <b>une vignette de mutuelle</b> et de vérifier si l'une des <b>situations sociales</b> , décrites au cadre 6, vous concerne. Enfin, très important, <b>datez et signez votre demande</b> .	la durée de l'incapacité de travail prescrite par le médecin (si possible copie du certificat médical).
Ce formulaire doit être accompagné du formulaire 603 (attestation médicale)	Si la période d'incapacité de travail est prolongée, merci de nous faire parvenir une copie du certificat médical précisant la période et la raison de la prolongation.



**ATTESTATION MEDICALE A JOINDRE A LA DEMANDE DE REPARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE (\*)**

**Législation relative aux maladies professionnelles en faveur du personnel appartenant aux administrations provinciales et locales**

(\*) Des formulaires spécifiques sont disponibles pour les demandes de remboursement des frais de soins de santé relevant de la nomenclature spécifique (vaccins, moyens de protection individuelle, ...)(511F-513F)

Le soussigné, ..... , docteur en médecine, déclare avoir examiné la personne dont l'identité est reprise dans la case 1.

<b>CASE 1</b>	<b>Identité (complétez en majuscules s.v.p.)</b>																			
Nom (pour les femmes: nom de jeune fille)																				
Prénom (prénom officiel)																				
Rue et numéro																				
																		N°		Bte
Code postal et commune																				
Date de naissance (jour, mois, année)																				

<b>CASE 2</b>	<b>Note au médecin</b>
<p>1. Ce document dûment complété est exigé par Fedris pour toute demande en réparation. Toute demande incomplète (formulaire de demande mal rempli ou pièces médicales indispensables manquantes) ralentira le traitement du dossier.</p> <p>2. En cas de demande pour plusieurs pathologies, il est nécessaire de remplir une attestation par maladie.</p> <p>3. Ce document doit être accompagné des preuves médicales qui ont permis de poser le diagnostic et d'objectiver la maladie :</p>	
⇒ en cas de <b>pneumoconiose</b>	cliché et protocole d'une radiographie standard du thorax; pour les <b>maladies de l'amiante</b> : clichés et protocole d'une tomodensitométrie (CT-SCAN) du thorax en coupes fines et épaisses
⇒ en cas d' <b>asthme bronchique</b>	rapport du pneumologue, tracé des épreuves fonctionnelles respiratoires, test d'hyperréactivité bronchique aspécifique, examens sanguins (RAST,...)
⇒ en cas d' <b>hépatite infectieuse</b>	résultats de laboratoire (sérologie + enzymologie)
⇒ en cas de <b>dermatose allergique</b>	résultats des tests cutanés
⇒ en cas d' <b>intoxication</b>	résultats des examens biologiques et toxicologiques
⇒ en cas d' <b>hypoacusie</b>	audiogramme tonal des deux oreilles
⇒ en cas d' <b>arthrose</b>	clichés et protocoles de radiographies de l'articulation ou de la région anatomique concernée
⇒ en cas de <b>tendinite</b>	rapport du spécialiste, échographie (clichés et protocole)
⇒ en cas du <b>syndrome du canal carpien</b>	rapport du spécialiste, électromyographie, protocole d'intervention chirurgicale
<p><u>Cette liste n'est pas limitative.</u></p>	

<b>CASE 3</b>	<b>Nature de la demande</b>
---------------	-----------------------------

La personne dont l'identité est reprise à la case 1 souhaite introduire (cochez la case indiquée)

- une première demande de réparation ou une demande après rejet.  
(complétez la rubrique A, intitulée première demande ou demande après rejet)
- une demande de révision d'une maladie professionnelle déjà reconnue.  
(complétez la rubrique B, intitulée demande de révision)

<b>Rubrique A</b>	<b>Première demande ou demande après rejet</b>
-------------------	--

Diagnostic précis de la maladie	.....	
Anamnèse et examen clinique	..... ..... ..... .....	
Relevé des documents médicaux qui ont permis d'établir le diagnostic de la maladie et qui <b>doivent</b> être joints à la demande (voir note au médecin, case 2)	..... ..... .....	
Date de la première constatation médicale de la maladie professionnelle	__ / __ / ____	
Période(s) d'incapacité de travail due(s) à la maladie professionnelle	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____ du __ / __ / ____ au __ / __ / ____ du __ / __ / ____ au __ / __ / ____	
Activité ou agent présumé être la cause de la maladie professionnelle	..... .....	
Description détaillée de l'activité professionnelle incriminée	..... ..... .....	
Le patient est-il encore exposé à ce risque ?	(répondez par oui ou non) .....	(si non, depuis quand) à partir du __ / __ / ____
Le patient doit-il être écarté temporairement de ce risque ?	(répondez par oui ou non) .....	(si oui, remplissez aussi la rubrique D)
Le patient a-t-il besoin de l'assistance d'une tierce personne en raison de sa maladie professionnelle ?	(répondez par oui ou non) .....	(si oui, remplissez aussi la rubrique C)
Estimez-vous qu'il s'agit dans ce cas d'une maladie figurant sur la liste belge des maladies professionnelles ? (voir annexe)	(répondez par oui ou non) .....	
<b>Si vous estimez qu'il s'agit d'une maladie hors liste (c'est-à-dire ne figurant pas sur la liste belge des maladies professionnelles) (voir annexe),</b> veuillez fournir la preuve que cette maladie trouve sa cause déterminante et directe dans l'exercice de la profession (publications scientifiques, etc...)	<i>Relevé des preuves apportées :</i> ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	

<b>Rubrique B</b>	<b>Demande de révision</b>	
Diagnostic précis de la maladie déjà indemnisée	..... .....	
Preuve de l'aggravation de la maladie ; nouveaux éléments anamnestiques et cliniques	..... ..... .....	
Relevé des pièces médicales objectivant l'aggravation (à joindre à la demande)	..... .....	
Période(s) d'incapacité de travail pour la maladie professionnelle	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____ du __ / __ / ____ au __ / __ / ____	
Le patient est-il encore exposé au risque de la maladie professionnelle ?	(répondez par oui ou non) .....	(si non, depuis quand) depuis le __ / __ / ____
Le patient doit-il être écarté temporairement du risque de la maladie professionnelle ?	(répondez par oui ou non) .....	(si oui, remplissez aussi la rubrique D)
Le patient a-t-il besoin de l'assistance d'une tierce personne en raison de la maladie professionnelle ?	(répondez par oui ou non) .....	(si oui, remplissez aussi la rubrique C)

<b>Rubrique C</b>	<b>Demande d'assistance d'une tierce personne</b>	
1. Le patient peut-il se mouvoir seul		(répondez par oui ou non)
- à l'extérieur de son domicile ?		
- à l'intérieur de son domicile ?		
2. Le patient est-il grabataire ?		
3. Le patient est-il incapable, en raison de sa maladie professionnelle	- de préparer seul sa nourriture ? - de prendre seul sa nourriture ?	
4. Le patient	- peut-il entretenir son habitat ? - peut-il se laver complètement seul ? - a-t-il besoin d'une aide partielle pour se laver ? - doit-il être totalement aidé pour se laver ? - peut-il se rendre aux toilettes sans aide ? - doit-il rester sous surveillance constante ? - doit-il rester sous surveillance intermittente ?	
5. Y a-t-il une autre affection qui joue un rôle dans la dépendance d'un tiers ? Si oui, la ou lesquelles ?		..... .....
6. L'intéressé est-il hospitalisé ? Si oui, depuis quelle date et pour quelle pathologie ? (veuillez fournir le rapport d'hospitalisation)		à partir du __ / __ / ____ pathologie : .....
7. L'intéressé a-t-il été hospitalisé au cours de la dernière année ? Si oui, combien de mois et pour quelle pathologie ? (veuillez fournir les rapports d'hospitalisation)		mois : ..... pathologie : .....
8. Le besoin d'assistance d'une autre personne est-il définitif ? Si non, durée estimée ? (à partir de la demande)		durée : .....

<b>Rubrique D</b>		<b>Demande d'écartement temporaire du risque de maladie professionnelle</b>	
<b>Service de médecine de travail</b>			
Nom et adresse du médecin d'entreprise ou du service de médecine inter-entreprises		..... ..... .....	
<b>Données concernant le risque duquel le demandeur devrait être écarté</b>			
De quel risque de maladie professionnelle la personne intéressée doit-t-elle être écartée temporairement ?		..... ..... .....	
<b>Données concernant l'écartement</b>			
Motifs médicaux à l'appui du bien-fondé de la demande d'écartement temporaire (motifs qui démontrent la prédisposition à ou la menace par une maladie professionnelle)		..... ..... ..... .....	
Relevé des pièces médicales jointes à l'appui de l'écartement temporaire (par ex. audiogramme, résultats de laboratoire...)		..... ..... .....	
<b>Manière dont l'écartement temporaire a été ou sera opéré</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- par mutation vers un poste de travail n'exposant pas au risque</li> <li>- si oui, <ul style="list-style-type: none"> <li>- date de la mutation de poste</li> <li>- nature du nouveau poste de travail</li> </ul> </li> </ul>		(répondez par oui ou non) .....  __ / __ / ____  ..... .....	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- par cessation de l'activité</li> <li>- si oui, <ul style="list-style-type: none"> <li>- date du dernier jour de travail effectif</li> <li>- date de début de l'écartement temporaire</li> <li>- durée proposée</li> </ul> </li> </ul>		(répondez par oui ou non) .....  __ / __ / ____  __ / __ / ____  du __ / __ / ____ au __ / __ / ____	
..... ..... ..... (nom et adresse complète du médecin)		__ / __ / ____ (date)	
..... (cachet du médecin)		..... (signature)	