



PRÉVENTION DES MAUX DE DOS - DEMANDE DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE ¹

La demande peut être initiée par le médecin du travail ou le médecin du centre de réadaptation

1 TRAVAILLEUR

1.1 NISS*² : _____ - _____ - _____ 1.2 Langue : F N A

1.3 Nom* : _____ 1.4 Prénom* : _____

1.5 Tél : _____ 1.6 IBAN* : BE _____

1.7 Médecin traitant Nom, prénom : _____ Tél/ GSM: _____

1.8 Mutuelle Code : _____

Nom : _____

OU (collez ici une vignette de votre mutuelle)

2 EMPLOYEUR

2.1 N° d'entreprise³ : _____

2.2 Nom* : _____

2.3 Adresse* : _____

3 MÉDECIN DU TRAVAIL (SIPP/SEPP)

3.1 MÉDECIN N° INAMI : _____ - _____ - _____ - _____ Nom, prénom* : _____

Tél/GSM* : _____ Courriel* : _____

3.2 SEPP N° d'entreprise³ : _____

Nom* : _____

Adresse* : _____

3.3 Le travailleur est soumis au risque* : manutention manuelle de charges contraintes de nature ergonomique pour le dos
 vibrations mécaniques (transmises par le siège)

3.4 Le travailleur est reconnu par Fedris pour la maladie professionnelle code 1.605.03 : oui non

3.5 Métier - Fonction* : _____

3.6 Cause de l'incapacité de travail* : lombalgies aspécifiques rechute chirurgie de la colonne lombaire

3.7 Date de début de l'incapacité de travail* : ____ / ____ / 20 ____

3.8 En cas de "chirurgie de la colonne lombaire", date de l'intervention* : ____ / ____ / 20 ____

3.9 Le travailleur a un travail adapté ou a changé de fonction lors de la reprise du travail : oui non

Date de reprise du travail : ____ / ____ / 20 ____

SIGNATURE DU TRAVAILLEUR

Le soussigné autorise l'échange de données médicales le concernant entre les médecins impliqués (médecin du travail, médecin conseil, médecin de Fedris et médecins traitants) pour le traitement de cette demande.
Le soussigné autorise le SEPP / SIPP à faire le nécessaire pour réaliser une intervention ergonomique au poste de travail.

SIGNATURE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Le soussigné s'engage, par sa signature, à vérifier les informations complétées au recto de ce formulaire (VOTRE CACHET S.V.P.)

LE JOUR MEME de la signature par le médecin du travail, ce formulaire DOIT être envoyé à Fedris.

Date : ____ / ____ / 20 ____

Choix du CENTRE DE RÉADAPTATION : voir www.fedris.be

1. Arrêté royal du 17 mai 2007 (MB du 11/06/2007) fixant l'entrée en vigueur de l'article 44 de la loi du 13 juillet 2006 et portant exécution de l'article 62bis des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 3 juin 1970

2. NISS = Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale = Numéro de registre national que vous pouvez trouver au dos de votre carte d'identité.

3. Numéro unique d'entreprise attribué par la Banque Carrefour des Entreprises.

* A compléter obligatoirement.

4 MÉDECIN DU CENTRE DE RÉADAPTATION

Le cadre 1 du formulaire de demande (travailleur) doit être rempli obligatoirement et la signature du travailleur est obligatoire au recto de ce formulaire

HISTORIQUE RECENT DE LA LOMBALGIE

4.1 Date du premier examen médical dans le centre : ___ / ___ / 20 ___

4.2 Date (ou mois) du début de la lombalgie actuelle : ___ / ___ / 20 ___

4.3 Le patient est en incapacité de travail suite à :

- Des *lombalgies aspécifiques* depuis au moins 4 semaines et au maximum 6 mois
- Une *rechute* endéans les 12 mois, depuis au moins 1 semaine et maximum 6 mois
- Une *intervention chirurgicale* à la colonne lombaire depuis au moins 4 semaines et maximum 6 mois

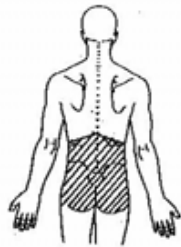
4.4 L'examen clinique à l'entrée dans le centre confirme une pathologie lombaire :

- Avec *irradiation radiculaire*
- Sans *irradiation radiculaire*

HISTORIQUE DE LA LOMBALGIE (interview du patient)

4.5 Avant l'épisode lombalgique actuel, avez-vous déjà ressenti des *problèmes (courbature, gêne ou douleur) dans la région lombaire* (la zone corporelle hachurée ci-dessous) pendant plus d'une journée avec ou sans irradiation de la douleur dans une jambe (ou dans les deux) ?

oui non



4.6 Avant l'épisode lombalgique actuel, avez-vous été en *arrêt de travail* suite à des problèmes lombaires durant les 12 derniers mois ?

oui non Si oui Fréquence : ___ fois

5 CENTRE DE RÉADAPTATION

5.1 Code : 5.2 Nom :

SIGNATURE DU MÉDECIN DU CENTRE
(VOTRE CACHET S.V.P.)

Certifie que le patient ne présente aucune contre-indication à la participation au programme de réadaptation.

Date : ___ / ___ / 20 ___