



DG VII Sécurité sociale d'outre-mer – Service prestations périodiques

Correspondant : Vincent De Ruyter      Téléphone : 02/509 20 70      email : [prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be](mailto:prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be)

**A2 CERTIFICAT DE PREMIERE CONSTATATION.** A faire compléter, signer et à renvoyer au service

1. Nom et adresse du médecin	
2. Nom, prénom et adresse de la victime	
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 <i>cocher la case adéquate</i>	<input type="checkbox"/> Pas d'arrêt de travail <input type="checkbox"/> Incapacité totale de travail de ..... jours, depuis le..... <input type="checkbox"/> Incapacité partielle de travail de .....%, durant .....jours
5. Evolution probable des lésions de la victime <i>cocher la case adéquate</i>	<input type="checkbox"/> Guérison sans séquelles <input type="checkbox"/> Guérison avec séquelles, qui n'entraîne pas une incapacité permanente de travail <input type="checkbox"/> Consolidation avec incapacité probable de.....% <input type="checkbox"/> Décès
6. L'incapacité de travail résulte-t-elle normalement des lésions mêmes, sans intervention d'autres causes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. Les lésions sont-elles influencées par un état de santé antérieur ?	<input type="checkbox"/> oui (courte description) <input type="checkbox"/> 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 .....

(Cachet du médecin et signature)