

Ce document nous est essentiel pour adapter le suivi de l'état de santé de votre salarié, à défaut, la visite pourrait ne pas être programmée.

Nous vous rappelons que chaque salarié bénéficie d'un suivi individuel personnalisé défini suivant son état de santé et les risques liés à son poste de travail. Votre médecin et son équipe sont à votre écoute pour vous conseiller si besoin.

Attention : toutes les informations ci-dessous doivent être cohérentes avec la Déclaration Annuelle des Effectifs (D.A.E.).

Centre de rattachement :

☐ CALVADOS ☐ EURE ☐ MANCHE ☐ ORNE ☐ REGION HAVRAISE ☐ ROUEN-DIEPPE

1 - Identité du salarié

NOM : NOM DE JEUNE FILLE : PRENOM :
NE(E) LE : NUMERO DE S.S : SALARIE NE PARLANT PAS FRANÇAIS : ☐
(nécessitant le recours à un interprète)
TELEPHONE : MAIL :

2 - Entreprise et poste de travail

RAISON SOCIALE : N° ADHERENT :
POSTE DE TRAVAIL DU SALARIE (emploi ou métier et non le grade ou les habilitations, dans la limite de 3 pour les intérimaires) :
CODE PCS :
TYPE DE CONTRAT : ☐ APPRENTI ☐ CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION ☐ CDI ☐ CDD ☐ INTERIMAIRE
Nom de l'entreprise utilisatrice :
DATE DE LA PRISE EFFECTIVE DU POSTE DE TRAVAIL :

3 - Type de suivi selon les risques

→ Suivi **RENFORCÉ** ou **SIR** (R. 4624-23) pour les travailleurs soumis à des **risques particuliers** :

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amiante
<input type="checkbox"/> Plomb (dans les conditions de R. 4412-160)
<input type="checkbox"/> Agents CMR 1A ou 1B (R. 4412-60 – Ex : silice, poussières de bois, fumée de soudure, produits chimiques CMR)
> merci de préciser dans le cadre 5
<input type="checkbox"/> Agents biologiques, groupes 3 et 4 (R. 4421-3)
> merci de préciser dans le cadre 5
<input type="checkbox"/> Rayonnements ionisants <input type="checkbox"/> cat. A <input type="checkbox"/> cat. B <input type="checkbox"/> Non classé
<input type="checkbox"/> Risque hyperbare
<input type="checkbox"/> Echafaudages - risque de chute de hauteur lors du (dé)montage
<input type="checkbox"/> < 18 ans affectés à des travaux dangereux réglementés (R. 4153-40 et NOR : ETST 1625239C) | <input type="checkbox"/> Habilitation électrique (R. 4544-10)
<input type="checkbox"/> Autorisations de conduite et/ou CACES (équipements mobiles ou de levage) <i>si possible, merci de préciser :</i>
<input type="checkbox"/> Engins de chantiers (R. 482) :
<input type="checkbox"/> Nacelle ou PEMP (R. 486) :
<input type="checkbox"/> Chariot automoteur (R. 489) :
<input type="checkbox"/> Grue mobile (R. 483) :
<input type="checkbox"/> Grue auxiliaire (R. 490)
<input type="checkbox"/> Pont roulant (R. 484)
<input type="checkbox"/> Manutention manuelle charges > 55kg (R. 4541-9)
<input type="checkbox"/> Risques particuliers inhérents à l'entreprise en cohérence avec l'évaluation des risques professionnels et la fiche entreprise
> merci de préciser dans le cadre 5 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

→ Suivi **ADAPTÉ** ou **SIA** (R. 4624-17)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Travailleur de nuit (L. 3122-5)
<input type="checkbox"/> Titulaire pension invalidité
<input type="checkbox"/> Travailleur handicapé
<input type="checkbox"/> < 18 ans (R. 4624-18) | <input type="checkbox"/> Champs électromagnétiques > aux valeurs limites (R. 4453-10)
<input type="checkbox"/> Femme enceinte ou allaitante
<input type="checkbox"/> Agents biologiques du groupe 2 (R. 4421-3 ; R. 4426-7) ex : légionellose, leptospirose
> merci de préciser dans le cadre 5 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

→ Suivi **GÉNÉRAL** ou **SIG** (R. 4624-10) ☐ Salarié ne relevant d'aucune catégorie listée ci-dessus

Demande de visite (suite) – DATE DE LA DEMANDE :

Nom et prénom :

Nom de jeune fille :

4 - Nature de la visite demandée	
Pour salarié S.I.R. <ul style="list-style-type: none"> ● Visite d'embauche : <input type="checkbox"/> ● Visite périodique ou intermédiaire : <input type="checkbox"/> 	Pour salarié S.I.A. ou S.I.G. <ul style="list-style-type: none"> ● VIP initiale (embauche) : <input type="checkbox"/> ● VIP périodique : <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ● Visite de reprise : <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> après maladie ou accident non prof. (> 60j d'absence) <input type="checkbox"/> après accident de travail (> 30j d'absence) <input type="checkbox"/> après maladie professionnelle <input type="checkbox"/> après congé maternité </div> <p><i>le jour de la reprise, au plus tard sous 8 jours</i></p> <p><u>Date de début d'arrêt :</u> <u>Date de reprise :</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Visite occasionnelle : <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> à la demande du médecin du travail <input type="checkbox"/> à la demande de l'employeur <input type="checkbox"/> de mi-carrière (salarié âgé entre 43 et 45 ans) <input type="checkbox"/> fin de carrière </div> <p><u>Date de départ en retraite :</u></p>
5 - Demande(s) spécifique(s) de l'employeur	
6 - Autres exigences ou nuisances du poste :	
<input type="checkbox"/> Grands déplacements <input type="checkbox"/> Conduite véhicules légers sur temps de travail <input type="checkbox"/> Conduite poids lourds <input type="checkbox"/> Travaux milieu industriel (N1, N2) <input type="checkbox"/> Tenue étanche <input type="checkbox"/> Ventilée <input type="checkbox"/> Non ventilée	<input type="checkbox"/> Port d'Appareil Respiratoire Isolant (ARI) <input type="checkbox"/> Masque complet sans adduction d'air <input type="checkbox"/> Travaux en milieu confiné (CATEC) <input type="checkbox"/> Travaux exposant aux solvants et/ou résines <input type="checkbox"/> Travaux en égouts ou exposant eaux usées ou stagnantes <input type="checkbox"/> Autres :
Réservé au médecin du travail en cas de besoin	Signature et cachet de l'entreprise

Version 9 du 14/01/25

☐ **CAEN**
calvados@sante-btp.com

☐ **EURE**
eure@sante-btp.com

☐ **MANCHE**
manche@sante-btp.com

☐ **ORNE**
orne@sante-btp.com

☐ **RÉGION HAVRAISE**
lehavre@sante-btp.com

☐ **ROUEN-DIEPPE**
rouen.dieppe@sante-btp.com