

comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles

(article L 461-1 – alinéa 3 du code de la sécurité sociale)

avis motivé du CRRMP région de

organisme destinataire de l'avis :	dossier CRRMP n°
---	-------------------------

l'identité de la victime

nom, prénom de la victime
son numéro d'immatriculation
son adresse
le demandeur est <input type="checkbox"/> la victime <input type="checkbox"/> un ayant droit

le motif de la saisine du comité

numéro(s) du (ou des) tableau(x) des maladies professionnelles dans le(s)quel(s) est désignée la maladie :
date de la première constatation médicale
diagnostic
<input type="checkbox"/> délai de prise en charge dépassé <input type="checkbox"/> durée d'exposition insuffisante <input type="checkbox"/> travaux non mentionnés dans la liste limitative
éventuellement, date du décès
date de réception par le CRRMP du dossier validé
en cas de contestation d'une décision d'un CRRMP, transmis par le TASS de
enquête(s) complémentaire(s) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
date de la décision du CRRMP

le CRRMP était composé de

M.	médecin conseil régional ou médecin compétent du régime de sécurité sociale concerné
M.	médecin inspecteur régional du travail
M.	professeur des universités - praticien hospitalier

(article L 461-1 – alinéa 3)

dossier CRRMP n°

organisme destinataire de l'avis :

les éléments dont le CRRMP a pris connaissance

<input type="checkbox"/>	la demande motivée de reconnaissance présentée par la victime ou les ayants droit
<input type="checkbox"/>	le certificat établi par le médecin traitant
<input type="checkbox"/>	l'avis motivé du (ou des) médecin(s) du travail
<input type="checkbox"/>	le rapport circonstancié du (ou des) employeur(s)
<input type="checkbox"/>	les enquêtes réalisées par <input type="checkbox"/> l'organisme gestionnaire <input type="checkbox"/> le service prévention
<input type="checkbox"/>	le rapport du contrôle médical de l'organisme gestionnaire

les personnes entendues par le CRRMP

<input type="checkbox"/>	le médecin rapporteur
<input type="checkbox"/>	l'ingénieur conseil chef du service prévention de la CRAM (ou son représentant) ou la personne compétente du régime concerné
<input type="checkbox"/>	éventuellement la victime (ou les ayants droit) et l'employeur

l'avis du CRRMP

le CRRMP estime que la demande présentée par
pourrait relever du tableau n° _____ pour les motifs suivants :

le CRRMP propose à l'organisme de sécurité sociale de réinstruire dans ce sens la demande de

le CRRMP établit rejette

l'origine professionnelle de la maladie caractérisée directement causée par le travail habituel

• tableau de maladies professionnelles concerné	n°	:
• syndrome	code	:
• poste de travail incriminé	code	:
• agents ou travaux en cause	code	:

• motivation de l'avis du Comité*

a. existence ou absence de rapport de causalité établi entre la maladie soumise à instruction et les expositions incriminées :

* la motivation de l'avis du comité doit comprendre tous les renseignements nécessaires à la bonne information des parties, sauf ceux qui ont un caractère confidentiel (pathologie non déclarée à titre professionnel, facteurs pathogènes extra-professionnels)

dossier CRRMP n°

organisme destinataire de l'avis :

• motivation de l'avis du Comité* (suite)

b. en cas de rapport de causalité retenu, la caractérisation du lien de causalité direct entre la maladie en cause et le travail habituel de la victime :

Multiple empty lines for text entry.

signatures des membres du CRRMP ou du médecin conseil par délégation du Comité

Large empty box for signatures.

* la motivation de l'avis du comité doit comprendre tous les renseignements nécessaires à la bonne information des parties, sauf ceux qui ont un caractère confidentiel (pathologie non déclarée à titre professionnel, facteurs pathogènes extra-professionnels)