DPPMS - Service médical de la police intégrée
A l'attention de la Cellule Contrôle centrale
Avenue de la Couronne 145 F, à 1050 Bruxelles

Téléphone : 02/554 46 14 – 02/642 78 73
FAX : 02/642 78 66
Adresse mail : Med.Certif@police.belgium.eu

Ce certificat médical doit être envoyé par la poste, ou en pièce jointe dans un mail, ou par Fax <u>dans les 24 heures</u> à l'adresse susmentionnée

Attention !
Pour être accepté, et s'il a été envoyé par mail ou par Fax dans les 24 heures, l'**ORIGINAL** papier de ce certificat **DOIT** être envoyé au Service Médical **A LA REPRISE** du travail **OU AU PLUS TARD** dans les **TROIS MOIS** à dater du début de l'exemption, même par la poste interne.

En cas de convocation :

Adresse des Centres Médicaux Provinciaux

CMP BRABANT (Jardins de la couronne) Avenue de la couronne, 145 Bloc F – 1050 Bruxelles	02/642.77.13
CMP NAMUR Rue Bertrand Janquin, 70 – 5100 Jambes	081/32.33.35
CMP LIEGE Rue Verte Voie, 1 – 4041 Vottem	04/228.67.01
CMP HAINAUT Rue Docteur Picard, 66 – 6040 Jumet	071/25.84.66
CMP LUXEMBOURG Avenue de la gare, 18 – 6840 Neufchâteau	061/22.03.88
PMC WEST-VLAANDEREN Zandstraat, 144 – 8200 Brugge	050/45.77.35
PMC OOST-VLAANDEREN Groendreef, 181 – 9000 Gent	09/237.14.67
PMC ANTWERPEN Boomsesteenweg, 180 – 2610 Antwerpen (Wilrijk)	03/829.70.71
PMC LIMBURG Luikersteenweg, 228 – 3500 Hasselt	011/28.73.86

Les données figurant au recto du présent document sont reprises dans une base de données appartenant au Psychological Medical Service de la police intégrée pour la gestion des absences pour cause de maladie ainsi que celle des prestations réduites pour raison médicale. Si vous souhaitez consulter et/ou éventuellement rectifier ces données, vous pouvez vous adresser au Psychological Medical Service de la police intégrée, avenue de la Couronne 145F, 1050, Bruxelles (Loi du 08/12/1992 relative à la protection de la vie privée)

SECRET MEDICAL

CERTIFICAT MEDICAL

SECRET MEDICAL

1

NOM : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

PRENOM : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **N°Id.** : 4 4 - ☐☐☐☐☐ - ☐☐

Lieu de convalescence : (Si différent du domicile)

Rue :..... **Numéro :**.....**Boîte :**.....

Code Postal :..... **Commune :**.....

2

DIAGNOSTIC (Si lésion membre, indiquer la latéralité) (Utiliser des caractères d'imprimerie)

CODES DPMS

..... ☐☐☐☐ ☐

..... ☐☐☐☐ ☐

..... ☐☐☐☐ ☐

..... ☐☐☐☐ ☐

..... ☐☐☐☐ ☐

3

Si les lésions résultent d'un accident (Utiliser des caractères d'imprimerie)

– Cause et circonstances présumées :.....

.....

- Date de l'accident : ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

- Accident de travail: ☐ Accident de sport : ☐ Accident avec tiers : ☐ Accident privé: ☐

4

PROPOSITION D' INCAPACITE DE TRAVAIL

A

Incapacité de travail totale

Du ☐☐-☐☐-☐☐ au ☐☐-☐☐-☐☐

Peut quitter le domicile OUI ☐ NON ☐

B

Incapacité à prester à plus de : (cocher la case)

☐ 50 % ☐ 60 % ☐ 80 %

Du ☐☐-☐☐-☐☐ au ☐☐-☐☐-☐☐

C

Incapacité à prester certaines activités de la fonction

Du ☐☐-☐☐-☐☐ au ☐☐-☐☐-☐☐

Codes (0 à 7) :

☐-☐-☐-☐-☐-☐

Ou description sommaire :.....

.....

5

HOSPITALISATION

Nom et adresse de l'hôpital :.....

.....

.....

Date d'entrée: ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Date de sortie: ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

6

EN CAS DE DECES

Date : ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

7

Date de l'examen: ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Cachet ou Nom, Prénom, N° INAMI et signature du médecin.

8

Date de réception SMD :

Zone ou Service de police

Dénomination :……..
Adresse :……..
……
……...
Téléphone :……..

Cachet de la zone ou du service de police.

Ce volet administratif doit être envoyé par n'importe quel moyen dans les 24 heures à l'unité susmentionnée

Codes des incapacités à certaines activités de la fonction :

01. Exercices de tir
02. Equitation
03. Conduite de moto
04. Détention d'une arme à feu
05. Services nuisibles pour le dos
06. Service de nuit
07. Apte à travail adapté : ……

Remarque : Tout médecin est à même de proposer une incapacité à certaines activités de la fonction. La durée de cette incapacité partielle ne peut excéder le mois (30 jours).

Certificat médical (volet administratif)

A. Cadre réservé au médecin traitant

Le soussigné, docteur en médecine, certifie avoir interrogé et examiné personnellement ce jour
M ……..

a) et l'avoir reconnu(e) incapable de (1)

- ❑ travailler du ……..au ……..inclus
- ❑ prester à plus de 50 – 60 – 80 % (3) du ……..au ……..inclus
- ❑ prester certaines activités de la fonction du ……..au ……..inclus

Codes : ☐☐☐☐☐☐☐☐

ou
description succincte des limitations…….
……..
……..

pour cause de :

- ❑ maladie
- ❑ accident du travail
- ❑ accident sur le chemin du travail
- ❑ accident privé
- ❑ accident lors d'une activité sportive rémunérée
- ❑ accident avec tiers
- ❑ maladie professionnelle
- ❑ autre:

Sortie : ❑ autorisée ❑ interdite

Rechute : ❑ oui ❑ non

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle :
date de l'accident ou de la première incapacité de travail …….. / …….... / ……..

b) et avoir constaté qu'elle est enceinte - date présumée de l'accouchement …….. / …….... / ……..
- date initiale du congé de maternité …….. / …….... / ……..

Date et signature Cachet du médecin

B. Cadre à remplir par le membre du personnel avant l'intervention du médecin

Nom et prénom du membre du personnel (2)

Rue/avenue Numéro

Code postal Commune

N° de téléphone ou de GSM N° d'identification

(1) cocher ce qui est applicable
(2) pour les femmes mariées, mentionner le nom de jeune fille
(3) biffer la mention inutile