

## **Annexe 8 - Données exploitables dans la base « Gestion des Risques » du SGMC D'EDF-GDF (pour les deux risques AT et MP)**

Les lignes soulignées et en italique correspondent à des sections dans la base. Toutes les données ne peuvent pas forcément être remplies suivant le cas : par exemple, la date de décès ne peut pas être remplie si « Non » a été coché dans la section « Décès ».

Pour chaque instance, les dates de signatures sont aussi disponibles : les dates de premières signatures par le M.C.L, M.C.R, et M.R, et, en cas de retours éventuels, les dates de dernières signatures par le M.C.L, M.C.R, et M.R. Trois autres dates peuvent également être renseignées : Date de réception du dossier par le SGMC, Date du dernier retour du niveau national vers le niveau régional, Date du dernier retour du niveau régional vers le niveau local.

### **Document Identification pour les AT :**

(Toutes ces données administratives sont actualisées si nécessaire, contrairement à celles des documents Rapport dans lesquels l'historique administratif est gardé)

Numéro de sécurité sociale  
NOM et PRENOM  
NOM de jeune fille  
Code Postal Personnel  
Catégorie Prof. (Code PCS)  
Centre médical (Code CLMC)  
Région médicale (Code Région)  
Code U.A.  
Code D.U.A.  
Nombre d'enfant :  
Code métier :  
Groupe Fonctionnel (G.F) :  
Date Sortie :  
Motif Départ :  
Code spécialité :  
Pers 268 :  
Niveau de formation :  
Position d'affectation :  
Motif Non Affectation :  
Insalubrité :  
Code Situation Familiale :  
Nature Service :

#### Données d'identification de l'accident :

Date d'accident  
Type d'accident (« Trajet » ou « Travail » ; si Travail, « Lieu de travail » ou « Circulation »)  
Accident électrique  
Tiers : « Oui » ou « Non »

## **Document Identification pour les MP :**

Numéro de sécurité sociale

NOM et PRENOM

NOM de jeune fille

### **Code Postal Personnel**

Catégorie Prof. (Code PCS)

Centre médical (Code CLMC)

Région médicale (Code Région)

Code U.A.

Code D.U.A.

Nombre d'enfant :

Code métier :

Groupe Fonctionnel (G.F) :

Date Sortie :

Motif Départ :

Code spécialité :

Pers 268 :

Niveau de formation :

Position d'affectation :

Motif Non Affectation :

Insalubrité :

Code Situation Familiale :

Nature Service :

Données d'identification de la maladie professionnelle :

### **Code diagnostic de la maladie**

Code famille (Régime général)

Date de la déclaration par l'agent (ou ayants-droit)

### **Date du certificat médical initial**

Date de la notification de reconnaissance de la maladie par la CPAM

## Tous les documents suivants concernent à la fois les AT et les MP :

### Document Rapport 1<sup>ère</sup> instance :

Type de Rapport : « Examen clinique par le médecin conseil du centre gestionnaire de l'agent », « Examen clinique par le médecin conseil d'un autre centre », « Rapport sur pièces »  
Date de ce rapport

#### Situation administrative au moment du risque (i.e. au moment de cette instance) :

Région médicale (Code Région)

Centre médical (Code CLMC)

Code U.A.

Code D.U.A.

Catégorie Prof. (Code PCS)

Code Postal Personnel :

Nombre d'enfant :

Code métier :

Groupe Fonctionnel (G.F) :

Code spécialité :

Pers 268 :

Niveau de formation :

Position d'affectation :

Motif Non Affectation :

Insalubrité :

Code Situation Familiale :

Nature Service :

#### Certificat médical initial :

Date du Certificat

#### Dates d'arrêts en rapport avec le risque :

Nombre de jour(s) en Incapacité temporaire totale

Nombre de jour(s) en Incapacité temporaire partielle

Conditions de reprise du travail fixées par le médecin du travail :

Réserves : « Aucune », « Provisoires », « Définitives »

Changement d'affectation en relation avec le risque : « Oui » ou « Non »

Pers 268 en relation avec le risque : « Oui » ou « Non »

Enquête C.P. : « Terminée », « Non diligentée », « En cours »

Décès : « Oui » ou « Non »

Date de décès

En relation avec le risque (Conclusion du médecin conseil) : « Oui » ou « Non »

#### Certificat médical final descriptif : « Reçu », « Non reçu »

Date du certificat médical

« Consolidation » ou « Guérison ou Consolidation sans séquelles indemnifiables »

Date proposée par le médecin traitant

Notification de la C.P.A.M. : « Reçue », « Non reçue »

Date de réception du document de notification

« Consolidation », « Guérison ou Consolidation sans séquelles indemnifiables », « Rejet du caractère professionnel », [« Reconnaissance (Hypoacusies et Pneumoconioses) » pour les M.P.]

Date notifiée par la CPAM

Décision prise par le Médecin Conseil Local :

« Consolidation [(ou reconnaissance) pour les M.P.] et rédaction du rapport », « Confirmation de la guérison ou de l'absence de séquelles : pas de rapport », « Confirmation du rejet du caractère professionnel », « Clôture du dossier : absence de suite »

Examen clinique :

Poids, Taille, Latéralité, T.A.  
Taux d'I.P.P. médical retenu hors C.P.  
Taux de C.P. retenu

Tierce personne :

« Non justifiée », « A accorder »

## **Fiche Cellule (Conclusions du Médecin Rapporteur) :**

**Date d'effet**

Taux médical d'I.P.P. hors C.P. (doit être égal au taux fixé par le MCL)

Conditions de reprise :

« Décès avant consolidation », « Même emploi sans restriction », « Même emploi restriction provisoire », « Même emploi restriction définitive », « Changement d'emploi ou de lieu de travail », « Non reprise du travail »

Tierce Personne : « Non justifiée », « Proposée »

Codage :

\*\* Pour AT : Elément Matériel sur 2 caractères ; Lésions sur 6 car., Séquelles sur 3 car., Taux d'I.P.P. sur 3 car.  
\*\* Pour MP : Elément Matériel pour 2 premiers caractères = 42 ; 3 derniers : taux d'I.P.P.  
Au milieu, sur 9 car., le code Sous-Famille MP (code complet), par exemple : 030ABJ920  
Ici, le code tableau est « 30 B », et le code famille MP (3 chiffres + 1 lettre) : 030A

Coefficient professionnel :

Taux  
C.P. examiné par le MCL : « Oui » ou « Non »  
Etat de l'enquête : « Terminée », « Non diligentée », « En cours »

Date prévisionnelle de révision du dossier

Invalidité en rapport avec le risque : « Oui » ou « Non »

Taux T.C.I. si taux modifié en recours

Exposition au risque : (Uniquement pour les M.P, données provenant du SCNIAT)

Date de fin d'exposition au risque

### **Périodes d'exposition qui comprennent : Date de début, Date de fin, Fonction, UA, DUA**

Rente annuelle ou capital : (Attention : données provenant du SCNIAT pas toujours fiables : évoluent dans le temps, peuvent être écrasées...)

Rente :

Capital :

Majoration TP :

### **Montant préjudice global :**

Date de Notification :

## **Document Rapport Révision :**

Type de Rapport : « Examen clinique par le médecin conseil du centre gestionnaire de l'agent », « Examen clinique par le médecin conseil d'un autre centre », « Rapport sur pièces »  
Date de ce rapport

### **Situation administrative au moment du risque (i.e. au moment de cette révision) :**

Région médicale (Code Région)

Centre médical (Code CLMC)

Code U.A.

Code D.U.A.

Catégorie Prof. (Code PCS)

Code Postal Personnel :

Nombre d'enfant :

Code métier :

Groupe Fonctionnel (G.F) :

Code spécialité :

Pers 268 :

Niveau de formation :

Position d'affectation :

Motif Non Affectation :

Insalubrité :

Code Situation Familiale :

Nature Service :

### Rechutes antérieures acceptées par la C.P.A.M. (depuis le dernier dossier) :

Nombre de jour(s) en Incapacité temporaire totale

## **Nombre de jour(s) en Incapacité temporaire partielle**

### Conditions de reprise du travail fixées par le médecin du travail :

Nouvelles Réserves : « Aucune », « Provisoires », « Définitives »

Changement d'affectation en relation avec le risque : « Oui » ou « Non »

Pers 268 en relation avec le risque : « Oui » ou « Non »

Enquête C.P. : « Terminée », « Non diligentée », « En cours »

Révision à la demande : « du régime particulier », « de la victime ou des ayants droit »

### **Si Révision à la demande : « du régime particulier » :**

Certificat médical produit par la victime le jour de l'examen : « Oui » ou « Non », Date

### **Si Révision à la demande « de la victime ou des ayants droit » :**

« Avec certificat d'aggravation mais en l'absence de rechute », « Avec certificat d'aggravation à la consolidation de la rechute »

### **Si « Avec certificat d'aggravation mais en l'absence de rechute » :**

Date du certificat d'aggravation

### **Si « Avec certificat d'aggravation à la consolidation de la rechute » :**

Date du certificat médical initial de rechute

## **Date du certificat médical final de rechute**

Date de consolidation du Médecin-Traitant

Dates d'arrêts concernant cette révision :

### **Nombre de jour(s) en Incapacité temporaire totale**

Nombre de jour(s) en Incapacité temporaire partielle

Certificat médical final : « Reçu », « Non reçu »

Date du certificat médical

« Consolidation avec aggravation », « Guérison de la rechute ou Consolidation sans nouvelles séquelles indemnisables »

Date proposée par le médecin traitant

Notification de la C.P.A.M. : « Reçue », « Non reçue »

Date de réception du document de notification

« Consolidation avec aggravation », « Guérison de la rechute ou Consolidation sans nouvelles séquelles indemnisables »

Date notifiée par la CPAM

Examen clinique :

Poids, Taille, Latéralité, T.A.

### **Taux d'I.P.P. global hors C.P. fixé à l'issue de cette révision**

Tierce personne :

« Non justifiée », « A accorder ou maintenir »

### **Fiche Cellule (Conclusions du Médecin Rapporteur) :**

**Idem 1<sup>ère</sup> instance avec en plus le champ :**

Conclusions de la révision :

« Amélioration », « Même état », « Même taux », « Aggravation »

Une modification : la valeur « Décès avant consolidation » n'existe pas dans la section « Conditions de reprise » ; seules les valeurs suivantes existent : « Même emploi sans restriction », « Même emploi restriction provisoire », « Même emploi restriction définitive », « Changement d'emploi ou de lieu de travail », « Non reprise du travail »