**ATTESTATION D’EXPOSITION AMIANTE ET AUTRES CANCEROGENES**

|  |
| --- |
| En application du décret n°2009-1546 du 11 décembre 2009 et du décret n°2015-567 du 20 mai 2015 relatif au suivi médical post professionnel des agents de l'État exposés à l’Amiante et aux autres Cancérogènes *(En référence à l'arrêté du 28 février 1995 modifié par l'arrêté du 6 décembre 2011 pris en application de l’*[*article D. 461-25 du code de la sécurité sociale*](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006737020&dateTexte=&categorieLien=cid)) |

La présente attestation  comprend 3 volets :

Le volet 1 est renseigné par l’administration. Le volet 2 est renseigné par l’administration en collaboration avec le médecin du travail. Le volet 3 est renseigné par le médecin du travail, il est confidentiel mis sous pli, cacheté par ses soins. Il est destiné au médecin qui assurera le suivi post professionnel (un exemplaire est conservé dans le DMST de l’agent)  L’attestation est remise à l’agent une fois que l’administration a complété les volets 1 et 2

**VOLET 1 : ELEMENTS D’INDENTIFICATION**

|  |  |
| --- | --- |
| **1-2 : L’AGENT** | |
| Nom :................................................. Nom Marital.............................................  Prénom................................................  Date de naissance :  N° de sécurité sociale  N° matricule :  Adresse : | |
| **1-2: L’ADMINISTRATION** : | |
| INTITULE  ADRESSE | |
| **1-3 : LE MEDECIN DU TRAVAIL -LE SERVICE DE MEDECINE DE PREVENTION** | |
| Nom Prénom du médecin du travail  Adresse du service de médecine de prévention | |
| **Le Responsable Administratif** | **Date et signature** |
|  |  |

**VOLET 2 : VOLET EXPOSITION ET INFORMATIONS FOURNIES PAR L’EMPLOYEUR ET LE MEDECIN DE PREVENTIO**N

**2-1 : SERVICE(S) CONCERNE (S)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**2-2 : NATURE DES FIBRES D’AMIANTE OU DES PRODUITS CLASSES CANCEROGENES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nature des produits |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**2-3 : DESCRIPTION SUCCINTE DU OU DES POSTES DE TRAVAIL OU DE L'ACTIVITE PERIODE (S) DE OU DES EXPOSITIONS POUR CHAQUE PRODUIT (DATE DE DEBUT ET FIN)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nature des produits | Période de l’exposition par type de produits | Type d’activité par type de produits |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**2-4 : Évaluation et mesures des niveaux d’exposition sur les lieux du travail**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date | Types de contrôles  Méthodes de mesurage | Résultats |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**2-5 : MESURES DE PREVENTIONS PRISES : *nature des équipements individuels et/ou collectifs, date de mise à disposition***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date | Types de mesures de prévention individuelles | Types de mesures de prévention collectives |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**2-6: REMARQUES EVENTUELLES DU MEDECIN DU TRAVAIL**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Le Responsable Administratif** | **Date et signature** |
|  |  |

**VOLET 3 : INFORMATIONS FOURNIES PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL**

**Informations médicales confidentielles mises sous pli cacheté par le médecin du travail et remises à l’agent**

|  |
| --- |
| **Renseignements concernant l’agent** |
| Nom :………………………………………………  Nom Marital…………………………………………  Prénom………………………………………………………………  Date de naissance ………………………………………..  N° de sécurité sociale :……………………………………………………… |

3-1 : Dates et constatations cliniques effectuées durant l’exercice professionnel (*précision notamment de l’existence ou l’absence d’anomalies en relation avec l’inhalation de poussière d’amiante et autres substances cancérogènes*)

|  |  |
| --- | --- |
| Date | Constatations |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

3-2 : DATES ET RESULTATS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES (*effectués dans le cadre de la surveillance médicale spéciale amiante et/ou autres CMR)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date | Examens complémentaires : types | Résultats |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

3-3: DATE ET CONSTATATIONS DU DERNIER EXAMEN MEDICAL – (*effectué avant la cessation d’exposition aux poussières d’amiante et /ou autres Agents classés cancérogènes*)

|  |
| --- |
|  |

3-4 : INFORMATIONS DEMANDEES AU MEDECIN DU TRAVAIL ET MODALITES DE LA SURVEILLANCE POST PROFESSIONNELLE

|  |
| --- |
|  |

3-5 AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Le médecin du travail  Coordonnées du service de médecine de Prévention | Date et signature |
|  |  |