**Visite médicale de fin de carrière**

**Etat des lieux**

Décret n°2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite

**IMPORTANT** – Information à l’attention du salarié :

Etat des lieux des expositions du travailleur au cours de sa carrière aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l’article L 4161-1 du code du travail (précisés à l’article D 4161-1 du même code), établi sur la base des connaissances scientifiques au jour du présent état des lieux, des informations contenues dans le DMST prévu à l’article L 4624-8, mais également des déclarations du travailleur et de celles de ses employeurs successifs.

Etat des lieux complété en annexe(s) de préconisations et informations utiles à la prise en charge médicale ultérieure (et le cas échéant d’une information sur les démarches à effectuer pour bénéficier du dispositif de surveillance post-professionnelle auprès de la CPAM du travailleur).

**Document transmis avec l’accord du salarié à votre médecin traitant. A défaut d’accord, il appartiendra au salarié de le remettre à son médecin traitant.**

**SALARIE(E)**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**DATE DE LA VISITE**

Date: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Heure d’arrivée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Heure de départ Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SPSTI**  Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Nom et signature du médecin du travail ou, sous l’autorité du médecin du travail, du collaborateur médecin, du médecin PAE, de l’interne :  Dr Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | **SALARIE**  Accord du salarié pour la transmission au médecin traitant  Remise d’un exemplaire au salarié  Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Nom et signature du salarié :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Expositions professionnelles** | **Durée / Intensité** | **Autres commentaires utiles à la prise en charge** |
| **Expositions / Facteurs de risques professionnels cités à l’article L. 4161-1 du Code du Travail** | | |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Autres risques professionnels hors article L. 4161-1 du Code du Travail** | | |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
| Choisissez un élément. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |