

# Annexe n° 1

## RAPPORT D'ACTIVITE ANNUELLE D'UN SERVICE DE MEDECINE DU TRAVAIL PROPRE A UNE ENTREPRISE

Au titre de l'année : .....

En application des dispositions des articles 14 et 34 du Décret n°1985-2000 du 12 septembre 2000  
portant organisation et fonctionnement des services médicaux du travail

### 1-RENSEIGNEMENTS GENERAUX

#### 1-1 IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Raison sociale.....

Numéro d'affiliation à la caisse nationale de.....

Adresse : .....

..... code postal :.....

Téléphone : ..... Fax :.....

E-mail : .....

Date de création de l'entreprise : .....

Nature de l'activité :

Activité principale :.....

Activité(s) secondaire(s) : .....

#### 1-2 HORAIRE DU TRAVAIL

Séance unique                       Double séance                       Trois séances  
de .....à.....                      de .....à...../ de.....à.....                      de .....à...../ de.....à..... / de.....à.....

#### 1-3 EFFECTIF DES TRAVAILLEURS COUVERTS PAR LE SERVICE MEDICAL

Travailleurs couverts par le service médical		Hommes	Femmes	Total
Personnel administratif	Permanent			
	Non permanent			
Personnel technique	Permanent			
	Non permanent			
<b>Total</b>				

\* travailleurs bénéficiant d'une surveillance médicale spéciale

En raison de	Nombre des travailleurs
Age inférieur à 18 ans	
Grossesse ou allaitement	
Handicap	
Maladie chronique	
Travaux particuliers exposant aux risques d'accidents de travail	
Travaux exposant aux risques de maladies professionnelles	
<b>Total</b>	

## 2- DONNEES RELATIVES AU SERVICE DE MEDECINE DU TRAVAIL

### 2-1 IDENTIFICATION

Adresse : .....

..... code postal : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

### 2-2-PERSONNEL MEDICAL

Nom et prénom	Spécialiste en médecine du travail (oui / non)	Régime de travail à plein temps	Régime de travail à temps partiel	
			Nombre de vacances par mois	Nombre d'heures par mois

### 2-3 PERSONNEL PARAMEDICAL

Nom et prénom	Qualifications	Régime de travail à plein temps	Régime de travail à temps partiel	
			Nombre de vacances par mois	Nombre d'heures par mois

### 2-4 PERSONNEL TECHNIQUE

Nom et prénom	Qualifications	Régime de travail à plein temps	Régime de travail à temps partiel	
			Nombre de vacances par mois	Nombre d'heures par mois

### 2-5 PERSONNEL ADMINISTRATIF

Nom et prénom	Qualifications	Régime de travail à plein temps	Régime de travail à temps partiel	
			Nombre de vacances par mois	Nombre d'heures par mois

## 2-6 EQUIPEMENT MEDICAL ET TECHNIQUE

Equipement médical	Nombre
Electrocardiogramme	
Spiromètre	
Audiomètre	
Visio test	
Glucomètre	
Autres : .....	

Equipement technique	Nombre
Sonomètre	
Luxmètre	
Thermo hygromètre	
Anémomètre	
Pour analyse des gaz, des vapeurs, des aérosols ou des poussières	
Autres : .....	

## 2-7 DOCUMENTS DISPONIBLES

	Oui	Non
Dossiers médicaux		
Fiches de surveillance médicale spéciale		
Fiches d'aptitude au travail		
Fiche d'entreprise		
Rapport de l'activité annuelle du service médical		
Autres : .....		

### 3- ACTIVITE MEDICALE

#### 3-1 EXAMENS MEDICAUX

Examens médicaux	Nombre des examens médicaux							
<b>A –Examens d'embauchage</b> .....	.....							
<b>B -Examens périodiques des :</b>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Travailleurs âgés de moins de 18 ans.....</li> <li style="padding-left: 20px;">▪ Travailleurs handicapés.....</li> <li style="padding-left: 20px;">▪ Travailleurs atteints de maladie chronique.....</li> <li>▪ Femmes enceintes ou allaitantes.....</li> <li>▪ Travailleurs exposés aux risques d'accidents de travail .....</li> <li>▪ Travailleurs exposés aux risques de maladies professionnelles :</li> </ul>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Nature du risque</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td></tr> </tbody> </table>	Nature du risque	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
Nature du risque								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autres travailleurs .....</li> </ul>	.....							
<b>C- Examens à la reprise du travail :</b>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Après accident du travail .....</li> <li>▪ Après maladie professionnelle.....</li> <li>▪ Après congé de maternité .....</li> <li>▪ Après absence, pour raison de santé, dépassant 21 jours.....</li> <li>▪ Après des absences répétées.....</li> </ul>								
<b>D - Examens spontanées</b> .....	.....							
Total des examens médicaux								

**3-2 EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

**3-2-1 Examens complémentaires pour les travailleurs bénéficiant d'une surveillance médicale spéciale**

Motifs	Nature des examens complémentaires	Nombre des examens complémentaires
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
Total des examens complémentaires		.....

**3-2-2 Examens complémentaires pour les autres travailleurs**

Nature des examens complémentaires	Nombre des examens complémentaires	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
Total des examens complémentaires		.....

**3-3 -EXAMENS MEDICAUX SPECIALISES A LA DEMANDE DU MEDECIN DU TRAVAIL**

Nature des examens médicaux spécialisés	Nombre des examens
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
Total des examens médicaux spécialisés	.....

**3-4 OBSERVATIONS**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 3-5 CONCLUSIONS EN MATIERE D'APTITUDE AU TRAVAIL

<b>A la suite de l'examen médical</b>  <b>Nombre des travailleurs</b>	<b>D'embauchage</b>	<b>Périodique</b>	<b>De reprise du travail</b>	<b>Total</b>
Aptes aux postes de travail				
Aptes avec aménagement des postes de travail				
Aptes après changement des postes de travail				
Inaptes temporaires aux postes de travail				
Inaptes définitifs à tout poste de travail dans l'entreprise				
<b>Total</b>				

\* Mesures prises en faveur des travailleurs inaptes (à l'entreprise ou à l'extérieur de l'entreprise)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**3- 6 MALADIES DIAGNOSTIQUEES AU COURS DE L'ANNEE**

**3- 6 -1 Maladies inscrites dans la liste des tableaux des maladies professionnelles**

Désignation de la maladie	Agent causal	Numéro du tableau	Poste du travail	Mesures prises
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
			Nombre des sujets malades	.....

**3- 6-2 Maladies à caractère professionnel**

Désignation de la maladie	Agent causal	Poste du travail	Mesures prises
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
		Nombre des sujets malades	.....

**3-6-3 Maladies non professionnelles**

Désignation de la maladie	Nombre des sujets malades	Mesures prises
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
Total des sujets malades		.....



### 3-9 VACCINATIONS

Type de vaccination					
Nombre des travailleurs concernés					
Nombre travailleurs vaccinés					

## 4- ACTION SUR LES LIEUX DU TRAVAIL

### 4 -1 VISITES DES LIEUX DU TRAVAIL

Raison de la visite	Nombre	
Etude des conditions générales de santé et de sécurité au travail	.....	
Etude des postes du travail	.....	
Etudes concernant l'aménagement des locaux et des équipements	.....	
Etude de l'organisation et des procédés du travail		
Suite à la survenue d'un accident de travail	.....	
Suite à l'apparition d'une maladie professionnelle	.....	
Autres : .....	.....	
Nombre total des visites		.....

**4-2 ETUDES DES FACTEURS DE L'AMBIANCE DE TRAVAIL**

Sujet de l'étude	Poste du travail étudié	Etude effectuée par	Date de l'étude

**4-3 ACTIVITES DU COMITE DE SANTE ET DE SECURITE AU TRAVAIL ( CSST)**

Date de création du CSST : .....

Date du dernier renouvellement de la composition du CSST : .....

Nombre des réunions du CSST au cours de l'année : .....

Sujet traité	Mesures prises
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**5- AUTRES ACTIVITES** (Etudes et recherches scientifiques)

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Fait à ..... le ...../...../.....

**Nom, Prénom et Signature**  
de l'employeur

**Nom, Prénom et Signature**  
du médecin du travail