*A renvoyer au Service Médicine du Travail au plus tard 5 jours ouvrables avant le début des travaux sur le domaine technique du SCK CEN*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Par poste au :* |  | **Service de Médicine du Travail**  **SCK CEN**  **Centre d'Etude de l'Energie Nucléaire**  **Boeretang 200**  **B-2400 MOL** |
| *E-mail :*  *Fax :*  ***Pour information: Tél:*** |  | [medical@sckcen.be](https://ecm.sckcen.be/webdav/nodes/26863819/mailto_medical%40sckcen.be)  + 32 14 32 10 40  **+ 32 14 33 28 09** |

|  |  |
| --- | --- |
| **A. Identification du Service pour la Prévention Interne/Externe – Surveillance Médicale :** | |
| Nom : |  |
| Adresse : |  |
| Tél. : |  |
| Fax : |  |
| Médecin responsable : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **B. Identification de l'employé/employeur :** | |
| Nom et prénom : |  |
| Lieu et date de naissance : |  |
| Nom et adresse de la firme : |  |

|  |
| --- |
| **C. Modifications éventuelles par rapport aux dernières données communiquées :** |
| Antécédents médicaux, interventions chirurgicales, accidents du travail, expositions accidentelles et contaminations radioactives, examens médicaux et traitements impliquant les rayonnements ionisants, limitations éventuelles portant sur l'aptitude (incl. grossesse) : |

|  |  |
| --- | --- |
| **D. Examen médical et analyse sanguine :** | |
| Date du dernier examen médical : |  |
| Synthèse des conclusions : |  |
|  |  |
|  |  |
| Date de la dernière analyse sanguine (joindre protocole en annexe) : | |
| NOTE : LA VALIDITE DES ANALYSES SANGUINES EST LIMITEE A 6 MOIS POUR LES TRAVAUX EN ZONES CONTROLEES | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du Médecin | Date | Signature et cachet |
|  |  |  |
|  |  |  |