

Annexe n° 2
RAPPORT D'ACTIVITE ANNUELLE
D'UN GROUPEMENT DE MEDECINE DU TRAVAIL

Au titre de l'année :.....

En application des dispositions articles 20 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 SIEGE SOCIAL DU GROUPEMENT

Nom du Groupement:.....

N° d'affiliation à la Caisse Nationale de.....

Adresse :

..... Code postal:.....

Téléphone : Fax:.....

E-mail :

Date de création du Groupement :

1-2 FILIALES DU GROUPEMENT

1-2-1 Unité(s) médicale(s) fixe(s)

Nom :

Adresse :

..... Code postal:.....

Téléphone : Fax:.....

E-mail :

Date de création de l'unité :

1-2-2 Unité(s) médicale(s) mobile(s)

Poids de Véhicule: ☐ moins de 3.5 tonnes ☐ plus de 3.5 tonnes

Caractéristiques des entreprises couvertes :

Caractéristiques des travailleurs couverts :

1-3 PERSONNEL MEDICAL

Nom et Prénom	Spécialiste en médecine du travail (oui /non)	Exerce à plein temps (oui /non)	Lieu du travail	Nombre des travailleurs suivis	Secteur(s) d'activité des entreprises dont il a la charge

* Nom et Prénom du médecin coordonnateur :

1-4 PERSONNEL PARAMEDICAL

Nom et Prénom	Qualifications	Exerce à plein temps (oui /non)	Lieu du travail

1-5 PERSONNEL TECHNIQUE

Nom et Prénom	Qualifications	Exerce à plein temps (oui /non)	Lieu du travail

1-6 PERSONNEL ADMINISTRATIF

Nom et Prénom	Qualifications	Exerce à plein temps (oui /non)	Lieu du travail

* Nom et prénom de l'administrateur :

1-7 EQUIPEMENT MEDICAL ET TECHNIQUE

Equipement médical	Nombre	Equipement technique	Nombre
Electrocardiogramme		Sonomètre	
Spiromètre		Luxmètre	
Audiomètre		Thermo hygromètre	
Visio test		Anémomètre	
Glucomètre		Pour analyse des gaz, des vapeurs, des aérosols ou des poussières	
Autres :.....		Autres ;.....	

* Observations :

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

2 – ENTREPRISES ADHERENTES AU GROUPEMENT

(Veuillez joindre la liste des entreprises comprenant le nom, l'adresse, le matricule à la CNSS et la nature d'activité de chaque entreprise ainsi que le nombre des salariés y travaillant)

2-1 NOMBRES DES ENTREPRISES ADHERENTES ET DES TRAVAILLEURS COUVERTS

	Nombre d'entreprises adhérentes	Nombre des travailleurs couverts
Au siège social		
A chaque unité médicale fixe		
A chaque unité médicale mobile		
Total		

2-2 REPARTITION DES ENTREPRISES ADHERENTES SELON LE SECTEUR D'ACTIVITE

Secteur d'activité économique	Nombre d'entreprises Adhérentes	Nombre total des travailleurs couverts
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

2- 3 TRAVAILLEURS BENEFICIANT D'UNE SURVEILLANCE MEDICALE SPECIALE

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	
Total	

3 - ACTIVITE MEDICALE

3-1 EXAMENS MEDICAUX

Nombre des examens médicaux Nom et prénom du médecin du travail	D'embauchage	Périodiques	A la reprise du travail	Spontanés	Total
Total des examens médicaux durant l'année concernée					

* Observations :

.....

.....

.....

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 reste des 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		Nombres des examens spécialisés
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
Total des examens médicaux spécialisés		

3-4 CONCLUSIONS EN MATIERE D'APTITUDE AU TRAVAIL

A la suite de l'examen médical Nombre des travailleurs	D'embauchage	Périodique	A la reprise du travail	Total
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				
Total				

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3-5 MALADIES DIAGNOSTIQUEES AU COURS DE L'ANNEE

3-5-1 maladies inscrites dans la liste des tableaux des maladies professionnelles

Désignation de la maladie et numéro du tableau	Agent causal	Poste du travail	Entreprise concernée	Mesures entreprises
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
Total des sujets malades				

3-5-2 maladies à caractère professionnel

Désignation de la maladie	Agent causal	Poste du travail	Entreprise concernée	Mesures entreprises
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
Total des sujets malades				

3-5 -3 maladies d'origine non professionnelle

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

3-6 SECOURISME

3-6-1 Organisation des secours et moyens d'évacuation

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3-6-2 Formation et recyclage en sauvetage et secourisme

Nom de l'entreprise adhérente	Date de la formation	Durée de la formation ou de recyclage	Structure chargée de la formation ou de recyclage	Nombre des travailleurs formés	Nombre de travailleurs recyclés

3-6-3 Information et formation en santé et sécurité au travail

Entreprise adhérente	Secteur d'activité	Thème traité	Structure ou Personne intervenante	Date de la manifestation

3-7 VACCINATIONS

Entreprise adhérente	Type de vaccination	Nombre des travailleurs concernés	Nombre des travailleurs vaccinés

4- ACTIONS 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 :		
	Total des visites	

4-2 ETUDES DES FACTEURS D'AMBIANCES DE TRAVAIL

Sujet de l'étude	poste de travail étudié	Entreprise concernée	Etude effectuée par	Date de l'étude

4-3 PARTICIPATION AUX REUNIONS DES COMITES DE SANTE ET DE SECURITE AU TRAVAIL

Nom de l'entreprise adhérente	Nombre de réunions	Nom et prénom du médecin du travail

5- ACTIVITES DANS LE CADRE DE COOPERATION, D'ASSISTANCE, DE FORMATION OU DE RECHERCHES (Veiller joindre des rapports détaillés concernant ces activités)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à le

Signature du médecin coordinateur

Signature du président du Groupement