

- A compléter par **l'employeur**.
- Formulaire à renvoyer à medex_mp_bz@health.fgov.be ou vers

Dr. Libert Vandenbempt
Medex - Service Qualité Médicale
Place Victor Horta 40/10, 1060 Bruxelles

- Des questions sur la procédure ? Envoyez-nous un e-mail à medex_mp_bz@health.fgov.be
- Plus d'information ? www.medex.belgium.be / Service Center Santé : 02 / 524 97 97

1. Coordonnées du travailleur

Numéro de Registre National

Nom

Prénom

2. Coordonnées de l'employeur

Nom

Adresse : Rue N° Bte

Code postal Commune

3. Coordonnées du déclarant

Nom

Prénom

Fonction :

Adresse email :

N° Téléphone

4. Déclaration

4.1 Conditions de travail

La profession du travailleur :

Description détaillée de l'activité professionnelle du travailleur :

.....

.....

.....

.....

Date des premiers symptômes ou, par défaut, premier jour de la période d'absence.

/ / 20

Est-ce que le travailleur a eu l'occasion de **télétravailler** durant les 2 semaines qui ont précédé l'apparition des symptômes ? Oui Non

Est-ce que le travailleur a eu la possibilité de garder une **distance sociale** d'1.5m sur base régulière dans les 2 semaines qui ont précédé l'apparition des symptômes ? Oui Non

Quelles étaient les **conditions de travail** durant les 2 semaines qui ont précédé la contamination du travailleur ?

.....

.....

.....

.....

.....

4.2 Service de prévention et mesures générales

Quel est le service de prévention de votre organisation ?

Est-ce que ce service a été contacté lors de la confirmation de la flambée ou de la contamination Oui Non

Si oui, qui est le médecin du travail concerné ?

Nom

Prénom

Adresse email :

N° Téléphone

Est-ce que d'autres services ont été contactés (par ex : contact tracing,...) ? Oui Non

Si oui, lesquels/ Si non, pourquoi ?

Quelles **mesures anti-covid** étaient d'application sur le lieu de travail avant la flambée ou contamination ?

Y-a-t-il suffisamment de ventilation ? Oui Non

Est-ce que la distance sociale était possible ? Oui Non

Voulez-vous ajouter quelque chose ?

4.3 Flambée

Au sein de votre organisation, y-a-t-il eu une flambée **d'au moins 5 personnes** contaminées (dont l'intéressé) dans un délai de 14 jours ? Oui Non

Est-ce qu'il y avait **au moins 4 personnes** contaminées dans le même espace de travail que le travailleur ? Oui Non

Est-ce que **des mesures** ont été prises pour stopper la flambée ? Oui Non

Si oui, lesquelles et quand ont-elles été prises ?

<input type="checkbox"/> Quarantaine	Date	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ventilation	Date	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Deep cleaning	Date	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autres :	Date	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	20	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Voulez-vous ajouter quelque chose ?

Fait à

Date / / 20

Signature :