|  |
| --- |
| ATTESTATION D’EXPOSITION A DES AGENTS CANCEROGENES, MUTAGENES, OU REPROTOXIQUES (CMR) (1) **(une attestation par agent cancérogène)** |
| Nom Prénom |   | N° dossier SPRP (X ou Y) |   |
| Date de Naissance |  | N° SS |   |
| Adresse |  | N° Matricule |  |
|  |
| Etablissement |   | Service médical |  |
| Adresse |  | Adresse |  |
| Téléphone |  | Téléphone |  |
|  |
| RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES (tous les cadres sont à renseigner impérativement) |
| AGENT OU PROCEDE CANCEROGENE Nom chimique de préférence**(Pas de nom commercial)** | **N° CAS(2)** |  |
|  |
| **DESCRIPTION DU OU DES POSTES DE TRAVAIL OCCUPES** |  |
| DATE DE DEBUT D’EXPOSITION |  |
| DATE DE FIN D’EXPOSITION |  |
| DATES ET RESULTATS DES EVALUATIONS ET MESURES DES NIVEAUX D’EXPOSITION SUR LE LIEU DE TRAVAIL(pour les rayonnements ionisants préciser la catégorisation radiologique : A ou/et B) |  |
| NATURE DES EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE MIS A DISPOSITION |  |
| DESCRIPTION DES EQUIPEMENTS DE PROTECTION COLLECTIVE |  |

**DATE** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Cachet et Visa du DRH de l’ancien employeur**

1. définis par l’article R.4412-60 du code du travail
2. numéro d’enregistrement unique auprès de la banque de données

de Chemical Abstracts Service (CAS)

|  |
| --- |
| RENSEIGNEMENTS MEDICAUXLIES A L’AGENT OU PROCEDE CANCEROGENE |
| **DATES ET CONSTATATIONS CLINIQUES EFFECTUEES DURANT L’EXERCICE PROFESSIONNEL** |  |
| **DATES ET RESULTATS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES EFFECTUES DANS LE CADRE DE LA SURVEILLANCE MEDICALE SPECIALE** |  |
| **DATES ET CONSTATATIONS DU DERNIER EXAMEN MEDICAL EFFECTUE AVANT LA CESSATION D’EXPOSITION AUX AGENTS OU PROCEDES CANCEROGENES INDIQUES** |  |

**DATE** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Visa et cachet du Médecin de prévention**