|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 MEDICAUX  LIES 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**