





## 6. Carrière professionnelle: à compléter si le (la) défunt(e) n'avait pas encore introduit une demande auprès du Fonds amiante et si l'exposition était professionnelle

- < Si vous avez trop peu d'espace pour tout noter, vous pouvez ajouter une feuille
- < Donner une description très précise du travail que le (la) défunt(e) exerçait effectivement (par ex. "démolition d'installations de chauffage" et non "ouvrier" ou "employé").

### A. Dernier employeur en Belgique

Période d'occupation		Nom et adresse de l'employeur	Nature du travail
Date de début	Date de fin		

### B. Carrière professionnelle complète à l'étranger

→ La victime a-t-elle travaillé à l'étranger?      Oui   Non

Période d'occupation		Nom et adresse (+ pays) de l'employeur	Nature du travail
Date de début	Date de fin		

### C. Employeur(s) chez qui la victime a probablement contracté la maladie professionnelle

Période d'occupation		Nom et adresse de l'employeur	Nature du travail
Date de début	Date de fin		

## 7. Identité des médecins qui ont traité le (la) défunt(e)

### Médecin de famille

Prénom + Nom                   | \_\_\_\_\_| \_\_\_\_\_|

Rue, numéro et boîte       | \_\_\_\_\_|

Code postal et commune   | \_\_\_\_\_| \_\_\_\_\_|

Numéro de téléphone       | \_\_\_\_\_|

Fax                               | \_\_\_\_\_|

E-mail                           | \_\_\_\_\_|

### Pneumologue ou interniste

Prénom + Nom                   | \_\_\_\_\_| \_\_\_\_\_|

Rue, numéro et boîte       | \_\_\_\_\_|

Code postal et commune   | \_\_\_\_\_| \_\_\_\_\_|

Numéro de téléphone       | \_\_\_\_\_|

Fax                               | \_\_\_\_\_|

E-mail                           | \_\_\_\_\_|

## 8. Identification et mission du médecin

Le (la) requérant(e) prie le docteur ..... < *Nom, prénom et adresse complète du médecin qui a constaté le décès ou qui a suivi l'état de santé de la victime et à qui il est demandé de remplir la seconde partie du formulaire.*

.....

.....

.....

de répondre de manière complète et sincère aux questions posées dans ce formulaire et éventuellement aux questions supplémentaires émanant des médecins du Fonds amiante.

Je demande réparation du décès de la personne mentionnée à la rubrique 1, des suites d'une maladie due à l'amiante. Je certifie que la présente déclaration est sincère et complète

Date: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature: .....

Les données ci-dessus seront traitées conformément aux dispositions de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Ces données sont recueillies en vue de l'application de la législation relative à la sécurité sociale. Si vous souhaitez prendre connaissance des données vous concernant ou si vous souhaitez les faire rectifier, veuillez vous adresser par écrit à Fedris.



### 3. Lieu et circonstances du décès

► Où la victime est-elle décédée ? (cocher)

à son domicile

dans l'institution mentionnée sous la rubrique 2

autre (préciser le lieu) .....

.....

.....

► **Dans ce dernier cas**, description succincte des circonstances du décès: .....

.....

.....

.....

.....

### 4. Renseignements médicaux généraux

► Si vous avez examiné le (la) patient(e) de son vivant, date du dernier examen: .....

► Description succincte des principaux antécédents médico-chirurgicaux:

.....

.....

.....

► Description succincte du traitement habituel l'année précédant le décès:

.....

.....

.....

► Modification éventuelle du traitement les dernières semaines précédant le décès:

.....

.....

.....

► La victime a-t-elle été hospitalisée ou suivie par un spécialiste les deux dernières années qui ont précédé le décès ?  OUI  NON

Si oui, veuillez nous communiquer les nom et adresse du spécialiste et/ou de l'hôpital (*Vous ne devez pas remplir ces données si les rapports médicaux sont joints*)

.....

.....

.....

## 5. Renseignements spécifiques concernant les causes et les circonstances du décès

- ▶ La victime est-elle décédée soudainement?  OUI  NON  
 ▶ Une autopsie a-t-elle été effectuée ?  OUI  NON

Si oui, veuillez joindre le rapport d'autopsie.

- ▶ La victime présentait-elle avant le décès, des signes de:

- insuffisance respiratoire  OUI  NON  
 insuffisance cardiaque  OUI  NON  
 pneumopathie aiguë  OUI  NON  
 accident vasculaire cérébral  OUI  NON  
 affection néoplasique  OUI  NON  
 autre affection: précisez .....

- ▶ Décrire la nature et l'évolution de cette (ces) affection(s) (si elles ne sont pas décrites dans les rapports médicaux joints)

.....  
 .....

- ▶ Quelle est, selon vous, la cause du décès? Justifier votre réponse.

.....  
 .....

## 6. Documents médicaux à joindre (ces documents sont essentiels pour l'examen de la demande)

- ▶ **Dans tous les cas:** tous les rapports médicaux fournissant des informations pertinentes concernant le décès
- ▶ **En cas de mésothéliome:** les rapports du spécialiste relatifs au diagnostic (rapport anatomopathologique), au traitement et à l'évolution
- ▶ **En cas d'asbestose ou d'épaississements pleuraux diffus bilatéraux:** (documents à joindre dans la mesure où ils ont trait aux deux dernières années précédant le décès)  
 les rapports d'hospitalisation et/ou les rapports de consultation du pneumologue et/ou de l'interniste  
 les examens tomodensitométriques du thorax (images sur CD-rom + protocoles)  
 les résultats d'échographie cardiaque  
 les tracés et les résultats des épreuves fonctionnelles respiratoires et mesure de la diffusion  
 les résultats de la gazométrie sanguine  
 le cas échéant: joindre la preuve de la nécessité d'une oxygénothérapie prolongée ou l'accord du médecin conseil de la mutuelle pour cette oxygénothérapie

**Je soussigné(e) certifie que la présente déclaration est complète et sincère.**

Nom		Cachet
Adresse		
N° INAMI		
Téléphone		
Fax		
E-mail		

Signature du médecin:

Date: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_