

Caisse Nationale de Sécurité Sociale
Boulevard Eyadéma 1 BP 69 et 1 BP 199 Lomé
Tél. (+228) 22 53 55 00 / (+228) 22 25 96 96
contact@cnsstg www.cnsstg

Non valable pour les fonctionnaires

CARNET D'ACCIDENT DU TRAVAIL

(Articles 82 et 88 de l'arrêté N°002/2012/MTESS/CAB/DGTLIS)

N° d'assurance à la CNSS : N° d'enregistrement dossier :

Noms et Prénoms de la victime : Tél assuré :

Raison sociale Employeur :

Adresse de l'employeur : Tél de l'employeur :

N° Employeur à la CNSS : Date de l'Accident :

NOTES IMPORTANTES

1. La mention du N° d'Enregistrement est réservée à la CNSS
Seule la Caisse Nationale de Sécurité Sociale est compétente pour délivrer, le cas échéant, un nouveau carnet
2. La délivrance du carnet n'entraîne pas de plein droit la prise en charge de l'accident au titre de la législation
3. En cas de notification de refus de prise en charge de l'accident du travail par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, le carnet doit lui être rendu, même avant la fin du traitement
4. L'inexécution des obligations de l'employeur est sanctionnée à la fois civilement et pénalement



LA CNSS, C'EST UN POUR TOUS, TOUS POUR UN !

N.B. : Voir notes importantes au verso

Caisse Nationale de Sécurité Sociale
Boulevard Eyadéma 1 BP 69 et 1 BP 199 Lomé
Tél. (+228) 22 53 55 00 / (+228) 22 25 96 96
contact@cns.tg www.cns.tg

* Cadre réservé à la CNSS
Décision de qualification

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE DELIVRÉE PAR L'EMPLOYEUR

Employeur (Nom - Raison Sociale - Adresse) :

Tel. l'employeur :

N° Employeur CNSS :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

certifie avoir délivré ce jour, ce carnet à :

VICTIME : Prénom(s) - Nom :

Date et lieu de naissance :

Qualification professionnelle :

N° d'assurance CNSS :

à l'occasion de :

- l'accident du : déclaré le :

- la maladie professionnelle contractée le : déclarée le :

SIGNATURE ET CACHET

N.B. Voir notes importantes au verso

Caisse Nationale de Sécurité Sociale
Boulevard Eyadéma 1 BP 69 et 1 BP 199 Lomé
Tél. (+228) 22 53 55 00 / (+228) 22 25 96 96
contact@cnsst.tg www.cnsst.tg

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL

- A établir en deux exemplaires par le Médecin-traitant
- Adresser le premier exemplaire à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale
- Remettre le deuxième à la victime

N° assurance à la CNSS :

N° Employeur à la CNSS:

Accident du Travail : Date et Heure

Lieu :

Date et heure de consultation de la victime :

Renseignements médicaux (Siège et nature des lésions)

.....
.....

Conséquences et suites éventuelles :

.....

Arrêt de travail de : à partir de

SIGNATURE ET CACHET

Sans arrêt de travail :

OUI

NON

Certificat établi le :

Exemplaire réservé à la CNSS

Caisse Nationale de Sécurité Sociale
Boulevard Eyadéma 1 BP 69 et 1 BP 199 Lomé
Tél. (+228) 22 53 55 00 / (+228) 22 25 96 96
contact@cnss.tg www.cnss.tg

CERTIFICAT DE PROLONGATION

- A établir en deux exemplaires par le Médecin-Traitant *
- Adresser le premier exemplaire à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale
- Remettre le deuxième à la victime

Références victime | N° assurance à la CNSS :

N° d'enregistrement dossier : (réservé à la CNSS)

N° Employeur :

Raison sociale :

Je soussigné Docteur en Médecine (Nom et Adresse) :

certifie que M. / Mme : est victime d'un accident de travail.

le : doit bénéficier d'une prolongation de repos de : jours à partir du :

Exemplaire destiné à la Caisse

Certifié, le

SIGNATURE ET CACHET

N.B. : Pour des besoins de contrôle, les certificats de prolongation doivent être déposés à la Caisse avant expiration du repos

Caisse Nationale de Sécurité Sociale
Boulevard Eyadéma 1 BP 69 et 1 BP 199 Lomé
Tél. (+228) 22 53 55 00 / (+228) 22 25 96 96
contact@cnss.tg www.cnss.tg

DEUXIÈME CERTIFICAT DE PROLONGATION

- A établir en deux exemplaires par le Médecin-Traitant *
- Adresser le premier exemplaire à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale
- Remettre le deuxième à la victime

Références victime | N° assurance à la CNSS :

N° d'enregistrement dossier : (réservé à la CNSS)

N° Employeur :

Raison sociale :

Je soussigné Docteur en Médecine (Nom et Adresse) :

certifie que M. / Mme : est victime d'un accident de travail.

le : doit bénéficier d'une prolongation de repos de : jours à partir du :

Exemplaire destiné à la Caisse

Certifié, le

SIGNATURE ET CACHET

N.B. : Pour des besoins de contrôle, les certificats de prolongation doivent être déposés à la Caisse avant expiration du repos

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Carnet N° 0000905 SIN

Caisse Nationale de Sécurité Sociale
Boulevard Iyadéma 1 BP 69 et 1 BP 199 Lomé
Tel (+228) 22 53 55 00 / (+228) 22 25 96 96
contact@cns.tg www.cns.tg

PRATICIEN et / ou FORMATION SANITAIRE :

Adresse :

N° assurance à la CNSS :

FRAIS PHARMACEUTIQUES

DESIGNATION DES MÉDICAMENTS	QUANTITE PRESCRITE	QUANTITE SERVIE	PRIX UNITAIRE	DÉCOMPTE
TOTAL GÉNÉRAL				

Références victime | N° assurance à la CNSS :
N° d'enregistrement dossier : (réservé à la CNSS)
N° Employeur : Raison sociale :

Fait à le

Voir notes importantes au verso

SIGNATURE ET CACHET DU PHARMACIEN

Exemplaire destiné à la Caisse

Caisse Nationale de Sécurité Sociale
Boulevard Eyadéma 1 BP 69 et 1 BP 199 Lomé
Tél. (+228) 22 53 55 00 / (+228) 22 25 96 96
contact@cnss.tg www.cnss.tg

PRATICIEN et / ou FORMATION SANITAIRE :

Adresse :

N° assurance à la CNSS :

Références victime N° d'enregistrement dossier : (réservé à la CNSS)

N° Employeur : Raison sociale :

FRAIS PHARMACEUTIQUES OU FOURNISSEURS (APPAREILS)

DESIGNATION DES MÉDICAMENTS	QUANTITÉ FOURNIE	PRIX UNITAIRE	DÉCOMPTE

Fait à le

Voir notes importantes au verso

SIGNATURE ET CACHET

Exemplaire destiné à la Caisse

Caisse Nationale de Sécurité Sociale

Boulevard Eyadéma 1 BP 69 et 1 BP 199 Lomé
Tél. (+228) 22 53 55 00 / (+228) 22 25 96 96
contact@cns.tg www.cns.tg

PRATICIEN et / ou FORMATION SANITAIRE :

Adresse :

N° assurance à la CNSS :

Références victime N° d'enregistrement dossier : (réservé à la CNSS)

N° Employeur :

Raison sociale :

KINESITHERAPIE OU TRAITEMENT PHYSIQUE

ACTES	QUANTITÉ FOURNIE	PRIX UNITAIRE	DÉCOMPTE

Fait à le

Voir notes importantes au verso

SIGNATURE ET CACHET

Exemplaire destiné à la Caisse

Caisse Nationale de Sécurité Sociale
Boulevard Eyadéma 1 BP 69 et 1 BP 199 Lomé
Tél (+228) 22 53 55 00 / (+228) 22 25 96 96
contact@cnss.tg www.cnss.tg

ATTESTATION DE REPRISE DE SERVICE DELIVREE PAR L'EMPLOYEUR (Volet N°1)

Employeur (Nom - Raison Sociale) :

Adresse complète, e-mail et téléphone de l'employeur :

N° d'immatriculation Employeur à la CNSS :

Atteste que la victime (nom & prénoms) :

N° assurance CNSS : Adresse complète (domicile, téléphone, e-mail) :

Accident du : Heure (0 à 24) :

Lésions médicalement constatées	Nature :
	Siège :

A interrompu le travail le : et a repris service le :

Les frais liés à l'accident ont-ils été supportés par l'employeur ?

Oui entièrement Oui partiellement Non

Si oui, veuillez adresser une correspondance à la CNSS pour préciser lesdits frais

SIGNATURE ET CACHET DU L'EMPLOYEUR

Date de délivrance :

CERTIFICAT FINAL DESCRIPTIF

Références victime | N° assurance à la CNSS :
N° d'enregistrement dossier : (réservé à la CNSS)
N° Employeur :
Raison sociale :

Je soussigné Docteur en Médecine (Nom et Adresse) :

certifie que M. / Mme :

victime d'un accident de travail le :

peut reprendre son travail le :

Les conséquences prévisibles de l'accident sont (1) :

Entraîne / N'entraîne pas une IPP

Guérison le :

Consolidation à compter du : avec IPP de :%

Observations médicales

.....
.....

Exemplaire destiné à la Caisse

Barre la mention inutile

Fait, le

SIGNATURE ET CACHET

CERTIFICAT MEDICAL DE RECHUTE

- A établir en deux exemplaires par le Médecin-traitant
- Adresser le premier exemplaire à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale
- Remettre le deuxième à la victime

PRATICIEN et / ou FORMATION SANITAIRE :

Adresse :

Références victime

N° assurance à la CNSS :
N° d'enregistrement dossier : (réservé à la CNSS)
N° Employeur :
Raison sociale :

Accident du travail : Date et Heure :

Lieu :

Date de rechute :

Renseignements médicaux (siège et nature des lésions)

.....

Conséquences et suites éventuelles :

Arrêt de travail de : à partir de :

Sans arrêt de travail : OUI NON

Certificat établi le :

Exemplaire destiné à la Caisse

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN

Caisse Nationale de Sécurité Sociale
Boulevard l'yadéma 1 BP 69 et 1 BP 199 Lomé
TEL (+228) 22 53 55 00 / (+228) 22 25 96 96
contact@cns.tg www.cns.tg

CERTIFICAT MEDICAL DE LA CAUSE DE DÉCÈS

PRATICIEN et / ou FORMATION SANITAIRE :

Adresse :

Références victime	N° assurance à la CNSS :
	N° d'enregistrement dossier : (réservé à la CNSS)
	N° Employeur :
	Raison sociale :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je soussigné :

ai constaté le décès de M. / Mme :

décès survenu le :

Certifié, le :

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN

N.B. Le certificat doit être accompagné d'un rapport médico légal attestant les causes du décès dûment signé par les services compétents
Copie légalisée à transmettre à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.