


# Compléter le questionnaire risques professionnels



**ETAPE (0)** : L'employeur se connecte sur son compte

<https://questionnaires-risquepro.ameli.fr/login>

## 1 dossier à traiter

FILTRES Rechercher par SIRET 

Nom/Prénom salarié	SIRET(S) - Raison(s) sociale(s)	Date de siniste	Action à réaliser	Date de l'échéance
MONTANT QUENTIN	431 476 699 - Employeur particulier	20/04/2015	Compléter questionnaire	31/08/2023

Lignes par page : 10 1-1 de 1 

L'employeur arrive sur ses dossiers d'accident de travail et maladie professionnelles

Pour chaque dossier, il est indiqué quelle action est à réaliser

Pour rentrer dans un des dossier, l'employeur clique sur « ouvrir »

# Compléter le questionnaire risques professionnels



**ETAPE (1)** : L'employeur consulte le tableau de bord de la maladie professionnelle

## Dossier MP

Date de sinistre	Numéro de sinistre	Date de mise en ligne	Première Constatation Médicale
20/04/2015	150420677	21/07/2023	17/07/2023


Il est rappelé ici la date et le numéro du sinistre

## Statut du dossier

### Informations

Vous pouvez répondre au(x) questionnaire(s) jusqu'au **31/08/2023**

### Questionnaire(s)

 0/1 SIRET 431 476 699 : Questionnaire à compléter

La rubrique « **statut du dossier** » indique l'**étape en cours** tout indiquant la **date butoir** pour réaliser l'étape

## Mon action à réaliser

MONTANT QUENTIN - SIRET 431 476 699 [+ RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE](#)

Il est indiqué ici l'**action à réaliser** par l'employeur pour avancer dans le statut du dossier.

## Pièces jointes au dossier

Intitulé pièce jointe	Ajouté par	Ajouté le

L'employeur peut consulter les pièces présentes au dossier

# Compléter le questionnaire risques professionnels



**ETAPE (2-1)** : L'employeur complète le questionnaire risques professionnels

1 Identification — 2 Description — 3 Pathologie — 4 Pièce(s) — 5 Récapitulatif

**Personne à contacter pour ce dossier**

Numéro de téléphone

Email

**Service de Santé au Travail ou Médecin du travail**

Avez-vous les coordonnées de votre service de santé au travail ou médecin du travail ?

Oui Non

Continuer →

Pour débiter le questionnaire, l'employeur renseigne le numéro de téléphone et l'adresse mail de la personne en charge du dossier dans l'entreprise

L'employeur doit inscrire les coordonnées de son service de santé au travail ou du médecin du travail

Une fois complété, l'employeur clique sur « **Continuer** »



**A noter** : La complétion du questionnaire risques professionnels **doit être faite en une seule fois**, si l'employeur s'arrête au milieu de la démarche, il devra tout recommencer

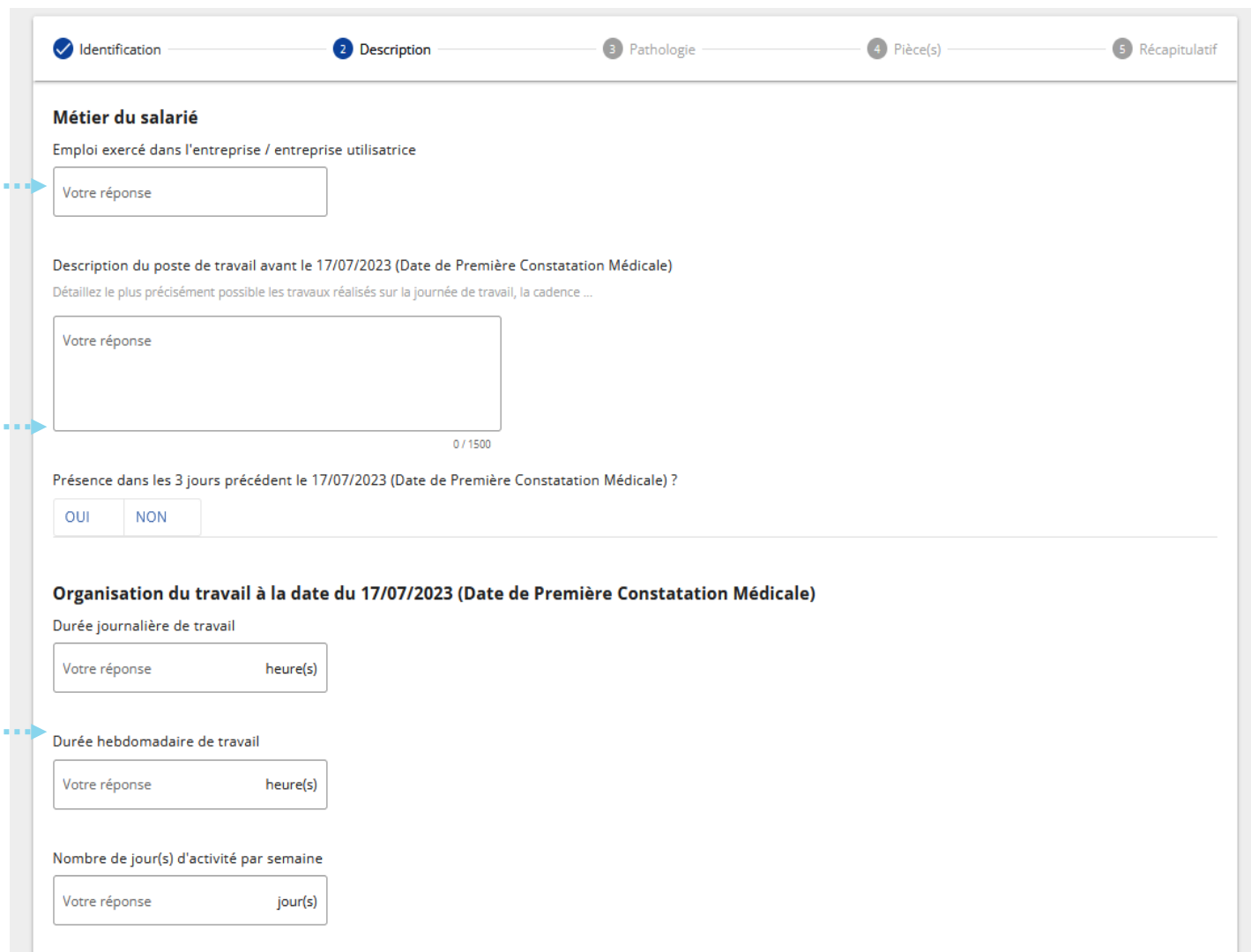
# Compléter le questionnaire risques professionnels

## **ETAPE (2-2)** : L'employeur complète le questionnaire risques professionnels

L'employeur **indique le métier de son salarié**

L'employeur **décrit le poste de travail** en 1500 caractères maximum et indique si le salarié était en poste dans les 3 jours avant la date de la première constatation médicale

L'employeur précise l'organisation de travail de l'assuré à la date de la première constatation médicale



1 Identification — 2 **Description** — 3 Pathologie — 4 Pièce(s) — 5 Récapitulatif

### Métier du salarié

Emploi exercé dans l'entreprise / entreprise utilisatrice

Description du poste de travail avant le 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale)  
Détaillez le plus précisément possible les travaux réalisés sur la journée de travail, la cadence ...

0 / 1500

Présence dans les 3 jours précédents le 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale) ?

### Organisation du travail à la date du 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale)

Durée journalière de travail

 heure(s)

Durée hebdomadaire de travail

 heure(s)

Nombre de jour(s) d'activité par semaine

 jour(s)

# Compléter le questionnaire risques professionnels



**ETAPE (2-2bis)** : L'employeur complète le questionnaire risques professionnels

L'employeur **indique l'intitulé du poste occupé par son salarié**

Il précise également la période d'occupation du poste

L'employeur peut ajouter d'autres postes si cela est en lien avec la demande de maladie professionnelle

**Chronologie des postes occupés dans l'entreprise / entreprise utilisatrice avant la date du 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale)**

Intitulé du poste occupé

Période d'occupation du poste

Du   Au  

Format JJ/MM/AAAA Format JJ/MM/AAAA (réponse optionnelle)

Souhaitez-vous ajouter un poste ?

Une fois complété, l'employeur clique sur « **Continuer** »

# Compléter le questionnaire risques professionnels



## ETAPE (2-3) : L'employeur complète le questionnaire risques professionnels

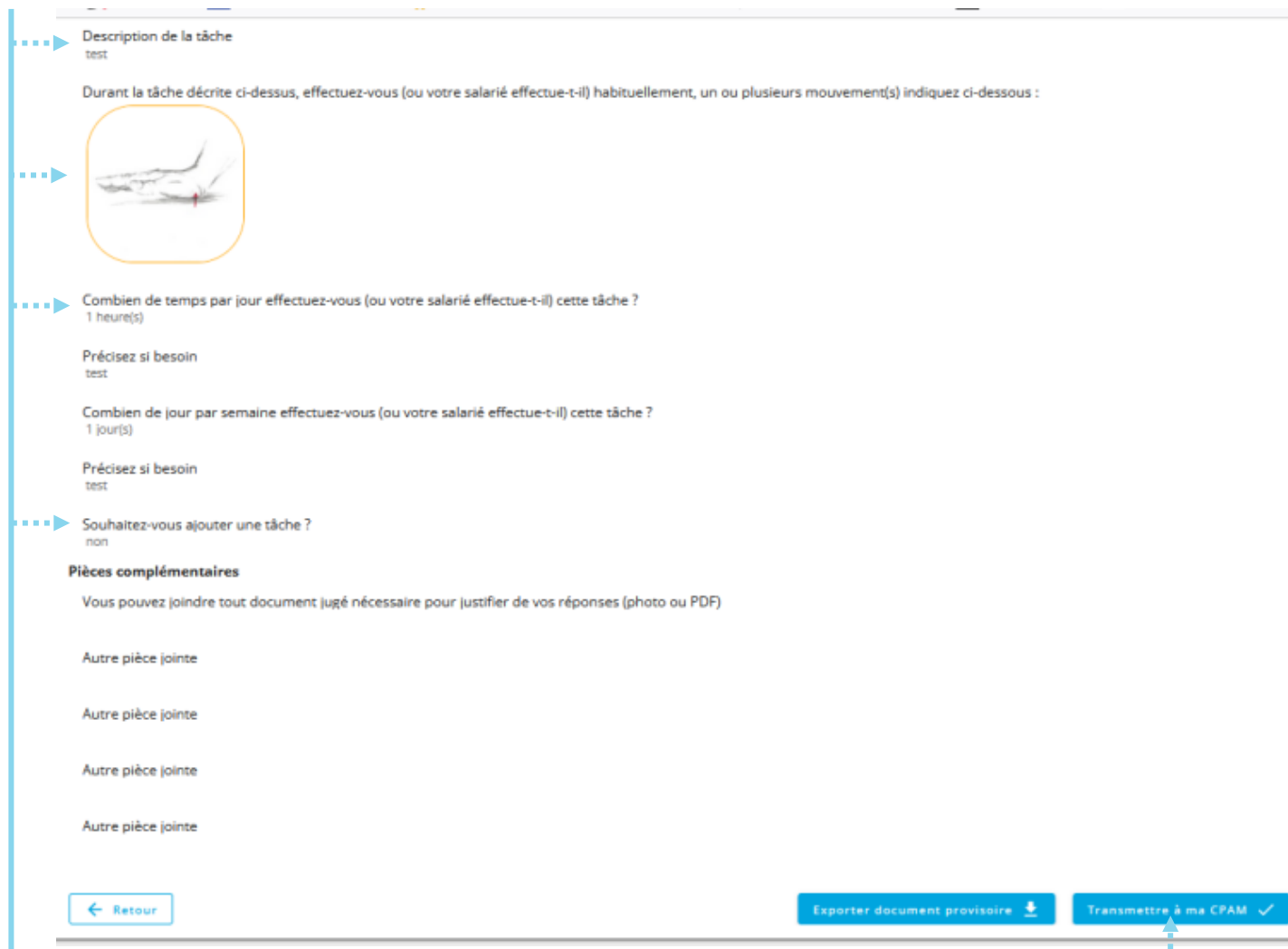
L'employeur indique et **décrit la tâche effectuée au travail par son salarié** expliquant la demande de maladie professionnelle en 1500 caractères maximum.

En fonction de la pathologie, des images animées peuvent décrire des gestes.

Dans ce cas, l'employeur sélectionne les images qui correspondent au mouvement effectué durant la tâche décrite.


Puis, l'employeur indique obligatoirement la durée par jour où son salarié effectue cette tâche, ainsi que le nombre de jour où son salarié effectue cette tâche.

L'employeur doit décrire l'ensemble des tâches réalisées par son salarié, il peut donc rajouter une autre tâche en cliquant sur « **Oui** »



Description de la tâche  
test

Durant la tâche décrite ci-dessus, effectuez-vous (ou votre salarié effectue-t-il) habituellement, un ou plusieurs mouvement(s) indiquez ci-dessous :



Combien de temps par jour effectuez-vous (ou votre salarié effectue-t-il) cette tâche ?  
1 heure(s)

Précisez si besoin  
test

Combien de jour par semaine effectuez-vous (ou votre salarié effectue-t-il) cette tâche ?  
1 jour(s)

Précisez si besoin  
test

Souhaitez-vous ajouter une tâche ?  
non

**Pièces complémentaires**

Vous pouvez joindre tout document jugé nécessaire pour justifier de vos réponses (photo ou PDF)

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

← Retour

Exporter document provisoire

Transmettre à ma CPAM

Une fois complété,  
l'employeur clique sur  
« **Continuer** »

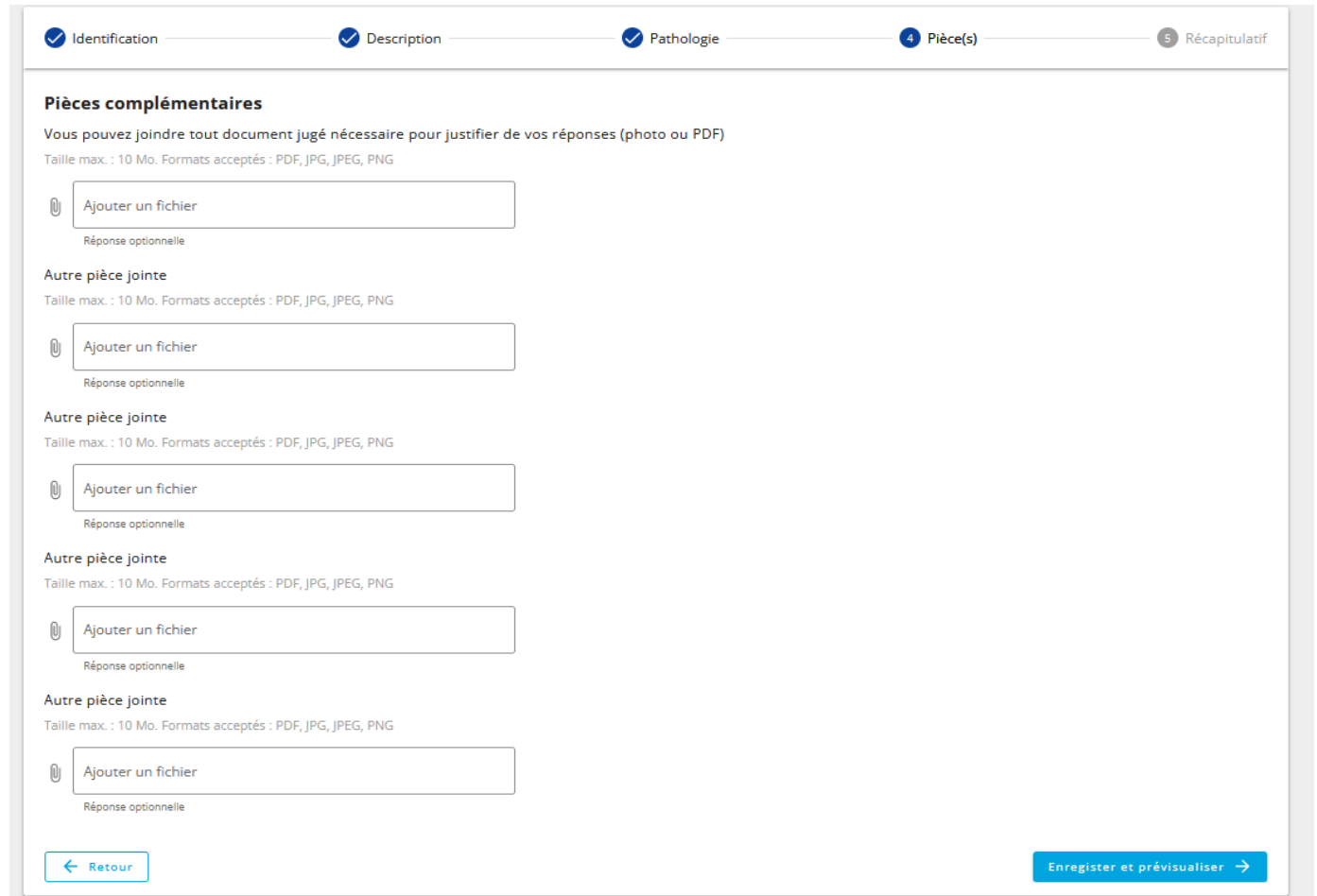
# Compléter le questionnaire risques professionnels



**ETAPE (2-4) :** L'employeur complète le questionnaire risques professionnels

L'employeur peut ici joindre tout documents qu'il juge nécessaire en complément

Les documents à joindre **doivent respecter les formats acceptés** (PDF, JPG, JPEG ou PNG) et doit avoir maximum **la taille de 10 Mo**



Identification Description Pathologie **4 Pièce(s)** 5 Récapitulatif

### Pièces complémentaires

Vous pouvez joindre tout document jugé nécessaire pour justifier de vos réponses (photo ou PDF)  
Taille max. : 10 Mo. Formats acceptés : PDF, JPG, JPEG, PNG

Ajouter un fichier  
Réponse optionnelle

Autre pièce jointe  
Taille max. : 10 Mo. Formats acceptés : PDF, JPG, JPEG, PNG

Ajouter un fichier  
Réponse optionnelle

Autre pièce jointe  
Taille max. : 10 Mo. Formats acceptés : PDF, JPG, JPEG, PNG

Ajouter un fichier  
Réponse optionnelle

Autre pièce jointe  
Taille max. : 10 Mo. Formats acceptés : PDF, JPG, JPEG, PNG

Ajouter un fichier  
Réponse optionnelle

Autre pièce jointe  
Taille max. : 10 Mo. Formats acceptés : PDF, JPG, JPEG, PNG

Ajouter un fichier  
Réponse optionnelle

Retour Enregistrer et prévisualiser

Une fois complété,  
l'employeur clique  
sur « **Enregistrer et  
prévisualiser** »

# Compléter le questionnaire risques professionnels

## **ETAPE (2-5) : L'employeur complète le questionnaire risques professionnels**

Identification Description Pathologie Pièce(s) **5** Récapitulatif

**Personne à contacter pour ce dossier**

Numéro de téléphone  
0101010101

Email  
test@test.fr

**Service de Santé au Travail ou Médecin du travail**

Avez-vous les coordonnées de votre service de santé au travail ou médecin du travail ?  
non

**Métier du salarié**

Emploi exercé dans l'entreprise / entreprise utilisatrice  
test

Description du poste de travail avant le 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale)  
test

Présence dans les 3 jours précédents le 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale) ?  
oui

**Organisation du travail à la date du 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale)**

Durée journalière de travail  
1 heure(s)

Durée hebdomadaire de travail  
1 heure(s)

Nombre de jour(s) d'activité par semaine  
1 jour(s)

**Chronologie des postes occupés dans l'entreprise / entreprise utilisatrice avant la date du 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale)**

Intitulé du poste occupé  
test

Période d'occupation du poste  
du 17/07/2023


Souhaitez-vous ajouter un poste ?  
non

**Description de tâche**

Nom de la tâche  
test

Description de la tâche  
test

Durant la tâche décrite ci-dessus, effectuez-vous (ou votre salarié effectue-t-il) habituellement, un ou plusieurs mouvement(s) indiqués ci-dessous :



Combien de temps par jour effectuez-vous (ou votre salarié effectue-t-il) cette tâche ?  
1 heure(s)

Précisez si besoin  
test

Combien de jour par semaine effectuez-vous (ou votre salarié effectue-t-il) cette tâche ?  
1 jour(s)

Précisez si besoin  
test

Souhaitez-vous ajouter une tâche ?  
non

**Pièces complémentaires**

Vous pouvez joindre tout document (jugé nécessaire pour justifier de vos réponses (photo ou PDF))

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

[← Retour](#) [Exporter document provisoire](#) [Transmettre à ma CPAM ✓](#)



**A noter :** Si l'employeur clique sur « **Retour** » il devra recommencer la saisie et à nouveau remettre les documents nécessaires et les attestations des témoins

L'employeur peut télécharger le document avant cliquer sur « **Transmettre à ma CPAM** »

L'employeur vérifie les informations, puis l'employeur peut cliquer sur « **Transmettre à ma CPAM** »



# Compléter le questionnaire risques professionnels



**ETAPE (2-5 bis) :** L'employeur complète le questionnaire risques professionnels

Nombre de jour(s) d'activité par semaine  
1 jour(s)

**Chronologie des postes occupés dans l'entreprise / entreprise utilisatrice avant la date du 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale)**

Intitulé du poste occupé  
test

Période d'occupation du poste  
du 17/07/2023

Souhaitez-vous ajouter un poste ?  
non

**Description de tâche**

Nom de la tâche  
test

Description de la tâche  
test

Durant la tâche décrite ci-dessus, effectuez-vous des tâches supplémentaires ?  
non

Souhaitez-vous ajouter une tâche ?  
non

**Pièces complémentaires**

Vous pouvez joindre tout document jugé nécessaire.


Autre pièce jointe


Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

← Retour

Exporter document provisoire 

Transmettre à ma CPAM 

**Rappel** ×

Conformément aux CGU, toutes les pièces transmises à l'appui du questionnaire seront portées à la connaissance de votre salarié ou de votre employeur.

Il est rappelé qu'aucune pièce à caractère médical ne doit être transmise via ce téléservice. A défaut, le secret médical sera considéré comme levé et la responsabilité de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ne saurait être engagée conformément aux CGU.

ANNULER **VALIDER**

Avant l'envoi, il est rappelé à l'employeur que les documents transmis de doivent pas être à caractère médical comme expliqué dans les CGU

Une fois le rappel pris en compte, l'employeur clique sur « **Valider** »

# Compléter le questionnaire risques professionnels



**ETAPE (3)** : L'employeur reçoit la confirmation de l'envoi du questionnaire à la CPAM

## Dossier MP


Date de sinistre	Numéro de sinistre	Date de mise en ligne	Première Constatation Médicale
20/04/2015	150420677	21/07/2023	17/07/2023

## Statut du dossier

### Informations

Vous pouvez répondre au(x) questionnaire(s) jusqu'au **31/08/2023**

### Questionnaire(s)

 SIRET 431 476 699 : Vous avez validé le questionnaire le 21/07/2023

VISUALISER

## Mon action à réaliser

MONTANT QUENTIN - SIRET 431 476 699  Aucune action supplémentaire nécessaire

## Pièces jointes au dossier

	Intitulé pièce jointe	Ajouté par	Ajouté le
	Certificat médical initial	Agent	21/07/2023

Une fois le questionnaire transmis, l'employeur peut voir la confirmation de la transmission du questionnaire à la CPAM