|  |  |
| --- | --- |
| Dr    Rue  NPA Localité | Madame / Monsieur  Dr    Rue  NPA Localité |
| Lieu, le date |  |

**Examen médical de l’aptitude à travailler chez les femmes enceintes et les mères allaitantes**

Madame le Docteur, Monsieur le Docteur,

En accord avec les dispositions sur la protection de la maternité prévues dans la loi sur le travail, j’ai effectué, en ma qualité d’employeur de Madame      , assistante médicale, une analyse des risques dans mon cabinet pour protéger les femmes enceintes ou allaitantes des travaux dangereux et pénibles. A cet effet, je n’ai pas fait appel directement à un médecin du travail ou à un hygiéniste du travail mais j’ai effectué une évaluation modulaire des risques sur la base du dossier relatif à la protection de la maternité, élaboré par la FMH (annexe).

Il résulte de mon analyse des risques qu’on peut largement exclure une mise en danger de la santé de la mère et de l’enfant par des mesures appropriées relatives aux conditions concrètes de l’activité exercée par Madame      .

Les mesures de protection immédiatement prises dans mon cabinet figurent dans le procès-verbal ci-joint. Conformément aux articles 2 et 3 de l’Ordonnance sur les activités dangereuses ou pénibles en cas de grossesse et de maternité (Ordonnance sur la protection de la maternité), l’efficacité des mesures de protection doit être régulièrement contrôlée par le médecin traitant de la femme enceinte.

De ce fait, je vous prie de bien vouloir entreprendre les examens nécessaires et de me communiquer au moyen du formulaire ci-joint «Examen médical de l’aptitude à travailler chez les femmes enceintes et les mères allaitantes» si cette patiente peut poursuivre son activité professionnelle sans réserve dans son lieu de travail, uniquement à certaines conditions ou plus du tout. Si vous estimez qu’une activité est possible qu’à certaines conditions, je vous prie de bien vouloir me contacter. Je me tiens volontiers à votre disposition pour toute information complémentaire ou questions. Le cas échéant ou à votre demande, je ferai appel à un médecin du travail ou à un hygiéniste du travail.

Les coûts relatifs à l’examen d’aptitude (avec prise en compte de la présente évaluation des risques, questionnement, examens et évaluation de l’état de santé selon les art. 2 et 4 de l’Ordonnance sur la maternité, pondération d’autres critères), votre décision écrite (certificat médical) sur l’aptitude à travailler de mon assistante médicale et vos évaluations périodiques de l’efficacité des mesures de protection prises dans mon cabinet vont à ma charge.

Avec mes meilleures salutations.

Dr

**Annexes:**

* Evaluation des risques sur le lieu de travail avec annexes et mesures de protection prises
* Certificat médical concernant l’examen médical de l’aptitude à travailler pour les femmes enceintes et les mères allaitantes
* Notice pour le médecin qui effectue les contrôles de grossesse «Examen médical de l’aptitude à travailler chez les femmes enceintes et les mères allaitantes»