Une image contenant texte

Description générée automatiquement

**PROJET - MISE EN ŒUVRE- BILAN ESSAI ENCADRE (annexe 2 et 7)**

Le document est complété en lien avec l’assuré par le médecin du travail, le service prestataire à l’initiative de l’essai encadré et le tuteur.

Il est communiqué :

* Au médecin du travail de l'entreprise d'origine et de l’entreprise d’accueil, lorsque l’Essai Encadré a lieu dans une autre entreprise que l’entreprise d’origine.
* Au service à l’initiative de la demande
* Au Service Social de l’Assurance Maladie

|  |  |
| --- | --- |
| **Assuré** | **Entreprise d’accueil de l’essai encadré** |
| Nom du Salarié :  Prénom :  Adresse :  Tel :  Mail :  N° de Sécurité sociale :  Entreprise d’origine :  Poste de travail occupé avant l’arrêt : | DENOMINATION SOCIALE :  Adresse :  Tel :  Mail :  Siret :  Activité :  Nom et prénom du responsable :  Nom et prénom de l’interlocuteur (si différent) :  Nom, prénom et fonction du tuteur dans l’entreprise : |
| **Médecin du travail** | |
| Nom du service :  Nom du médecin du travail :  Adresse :  Tel : Adresse mail : | |
| **Intervention d’un opérateur externe** 🞏 OUI 🞏 NON | |
| **Si oui, précisez :**  Nom de la structure :  Nom / prénom du référent :  Adresse :  Tel : Adresse mail : | |
| **Service Social de l’Assurance Maladie** | |
| Nom et prénom de l’Assistant du Service Social qui assure le suivi de l’assuré :  Tel :  Mail : | |

## **La mise en œuvre de l’essai encadré**

|  |  |
| --- | --- |
| **L’essai a lieu :** | |
| 🞏 Dans l’entreprise d’origine du salarié   * Au même poste * A un autre poste (précisez) :   🞏 Dans une autre entreprise (précisez le poste) : | **Objectifs de l’essai :**  ………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Date de début :  Date de fin :  Durée (en nbre de demi-journées): | Eléments à évaluer au cours de l’essai encadré :   * Capacité à exécuter certaines taches * Capacités à s’adapter aux contraintes du poste (rythme, ambiance, …) * Adéquation des aménagements proposés. Lesquels : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………… * Besoin d’aménagement complémentaire * Besoin de formation éventuel   Autre, précisez : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Accord de l’assuré :**  **🞏** J’accepte de bénéficier du dispositif Essai Encadré, et à ce titre, donne mon accord sur le traitement par l’Assurance Maladie de mes données personnelles nécessaires à l’examen et à la mise en place du dispositif.  En cas d’essai encadré dans une autre entreprise, je précise si je suis d’accord pour que mon employeur soit informé de mon entrée dans le parcours : 🞏 OUI 🞏 NON  **Signature de l’assuré :** | **Accord du médecin du travail :**  Avis favorable sur la mise en œuvre d’un essai encadré : 🞏 OUI 🞏 NON |

## **Bilan final de l’essai encadré**

**Date de réalisation :** …../…../…..

|  |  |
| --- | --- |
| **Tâches exécutées** | **Observations** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Facteurs facilitant le retour à l’emploi :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Facteurs limitant le retour à l’emploi :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Besoin d’aménagements :

* Techniques, précisez :
* Organisationnels, précisez :
* Humains, précisez :
* Formation, précisez :
* Autres, précisez :

Suites envisagées après le bilan :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………