|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rapport médical initial****Assurance-maladie / Indemnités journalières en cas de maladie** | **[ ]  LAMal****[ ]  LCA** | Numéro de sinistre:      Début de l’incapacité de travail:       |
|  |  |
|  **Employeur** |       |
|  |  |
|  **Patient** | Prénom:       N° AS:      Nom:       Date de naissance:       Sexe: Temps de travail:     h/j Nationalité:      Profession exercée:       |
|  |  |
| **1. Premiers soins** | Date:       Heure:      Nom:       Lieu: Spécialité méd.:        |
|  |  |
| **2. Cause** | Maladie: [ ]  Accident: [ ]  Maladie professionnelle: [ ]  Non définie: [ ] Grossesse: [ ]  Date de naissance prévue:       |
|  |  |
| **3. Anamnèse** | a) Quand et comment les troubles se sont manifestés pour la première fois? |
|  |       |
|  | b) Le patient a-t-il été déjà auparavant traité en raison de ces troubles? [ ]  oui [ ]  non |
|  | Si oui, où? |
|  | c) Thérapies suivies jusqu’à présent: |
|  |       |
|  | d) Données subjectives du patient: |
|  |       |
|  | e) Quels accidents et maladies précédents influencent le processus de guérison? |
|  |       |
|  | f) Autres informations: |
|  |       |
|  |  |
| **4. Constatations** **objectives** | Résultats d’examens médicaux et d’imagerie médicale (copies en annexe svp): |
|       |
|  |  |
| **5. Diagnostic(s))** | Code CIM et éventuel(s) diagnostic(s) différentiel(s): |
|  **avec**  impact sur  l'incapacité de  travail |       |
|  **sans**  impact sur  l'incapacité de  travail |       |
|  | Limitation objective de l’activité actuelle: |
|  |       |
|  |  |
| **6. Autres  facteurs** | Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (p. ex. environnement professionnel, situation sociale, trajet jusqu’au travail, addiction) ? [ ]  oui [ ]  non |
|  | Si oui, lesquels? |
|  |  |
| **7. Thérapie** | a) Traitement actuel: |
|  |       |
|  | b) Procédure/Propositions (diagnostic par imagerie, examen méd. spécialisé, traitements, etc.: |
|  |       |
|  | c) Le patient est-il/va-t-il être hospitalisé ou opéré? [ ]  oui [ ]  non |
|  | Si oui, où et quand? |
|  | d) Autres médecins, thérapeutes impliqués? |
|  | Nom:       Lieu:      Spécialité méd:       Depuis quand:       |
|  |  |
| **8. Incapacité** **de travail** | Tolérance exigibleaux efforts(% de l’effort habituel): | Présence exigibledans l‘entreprise(heures/jour): | évent.ITen %: | Incapacité de travaildu: | Incapacité de travailau: |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  | La **reprise** du travail **avant le week-end** est-elle possible? [ ]  oui [ ]  nonReprise du travail: prévue à partir de:       à raison de     h/j vraisemblablement dans:     semaines à raison de     h/j |
|  |  |
| **9. Dates des  consultations** | Dates des consultations anciennes:: |
|       |
|  | Prochain rendez-vous:       |
|  |  |
| **10. Autres** **assureurs** | D’autres fournisseurs de prestation sont-ils impliqués (LAA, caisse maladie, caisse de pension, etc.)? [ ]  oui [ ]  non |
| Si oui, lesquels? |
|  |  |
| **11. Remarques** | En particulier en rapport avec le soutien à la réinsertion (p. ex. facilitation du travail, transport jusqu’au lieu de travail, soutien social ou des proches, autres mesures non médicales): |
|  |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lieu et date:      |  | Adresse de médecin:      |  | Signature de médecin: (superflu pour envoi électronique) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EAN:      |  | CSCM:      |  | Tél.:      e-mail:      |