|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rapport médical intermédiaire****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: Profession exercée:       Temps de travail:     h/j |
|  |  |
| **1. Constatations** **objectives** | Résultats d’examens médicaux et d’imagerie médicale (copies en annexe svp): |
|       |
|  |  |
| **2. 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: |
|  |       |
|  |  |
| **3. Thérapie** | a) Traitement actuel: |
|  |       |
|  | b) Procédure/Propositions d’autres traitements: |
|  |       |
|  | 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:       |
|  |  |
| **4. Evolution** | a) Evolution jusqu’à ce jour et état actuel (objectif et subjectif): |
|  |       |
|  | b) Pronostic: |
|  |       |
| **5. Autres** **facteurs** | Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison et la reprise du travail (p. ex. environnement professionnel, situation sociale, trajet jusqu’au travail, addiction) ? [ ]  oui [ ]  non |
|  | Si oui, lesquels? |
|  |  |
| **6. Incapacité** **de travail au** **poste de** **travail aktuel** | Quelles limitations physiques, mentales, psychiques subsistent et quel est leur effet concret sur l’activité actuelle (tâches 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 |
|  |  |
| **7. Capacité de**  **travail** après stabili- sation de l'état  de santé | a) L’activité actuelle est-elle du point de vue médical encore exigible? [ ]  oui [ ]  nonb) L’exercice de l’**actuelle activité dans un autre environnement de travail** est-elle exigible? [ ]  oui [ ]  nonc) Une **activité adapté**e est-elle du point de vue médical exigible? [ ]  oui [ ]  nonSi oui (pour a, b ou c):Quel est le profil de tolérance et quelles sont les adaptations nécessaires? |
|  |       |
|  | à partir du:       à raison de     h/j tolérance exigible:     % |
|  |  |
| **8. Second opinion** | Une évaluation spécialisée par un médecin consiliaire est-elle justifiée? [ ]  oui [ ]  non |
|  |  |
| **9. Mesures** **d'intégration** | Des mesures concrètes supplémentaires peuvent-elles influencer de manière positive la capacité de prestation ? [ ]  oui [ ]  nonSi oui: avec quelles mesures pouvons-nous de votre point de vue soutenir la personne assurée?- Mesures médicales?- Mesures professionnelles (p. ex. faciliter le trajet jusqu’au travail, job-coaching, etc.)?- Mesures de caractère psycho-social? |
|  |       |
|  |  |
| **10. Remarques** |       |

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