|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 exigible  aux efforts  (% de l’effort  habituel): | Présence exigible  dans l‘entreprise  (heures/jour): | | évent.  IT  en %: | | Incapacité de travail  du: | Incapacité de travail  au: |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  | La **reprise** du travail **avant le week-end** est-elle possible?  oui  non  Reprise 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  non  b) L’exercice de l’**actuelle activité dans un autre environnement de travail** est-elle exigible?  oui  non  c) Une **activité adapté**e est-elle du point de vue médical exigible?  oui  non  Si 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  non  Si 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) |