|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rapport médical intermédiaire****Assurance-accidents** | **[ ]  LAA****[ ]  LCA** | Numéro de sinistre:      Date/heure de l’acc.:       |
|  |  |
|  **Employeur** |       |
|  |  |
|  **Patient** | Prénom:       N° AS:      Nom:       Date de naissance:       Sexe: Profession exercée:       Temps de travail:     h/j |
|  |  |
| **1. Diagnostic(s)** | Code CIM et éventuel(s) diagnostic(s) différentiel(s): |
|  |       |
|  |  |
| **2. Thérapie** | a) Traitement actuel: |
|  |       |
|  | b) Procédure/Propositions (poursuite du traitement, radiographies, examen médical pour les assurances): |
|  |       |
|  | c) A quel intervalle ont lieu les consultations? |
|  |       |
|  | d) Durée prévue du traitement? |
|  |       |
|  |  |
| **3. Evolution** | a) Evolution jusqu’à ce jour et état acutel (subjectif et objectif): |
|  |       |
|  | b) Pronostic: |
|  |       |
|  | c) Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (par ex. maladies antérieures, accidents, circonstances sociales, etc.)? [ ]  oui [ ]  non |
|  | Si oui, lesquelles? |
|  |  |
| **4. Incapacité de** **travail /** **Capacité de** **travail** | a) 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 |
|  |  |
|  | b) Des mesures concrètes peuvent-elles influencer positivement la capacité de travail au poste de travail (par ex. attribuer un travail approprié, faciliter le déplacement jusqu'au travail, adapter le poste de travail, job-coaching, etc.)? [ ]  oui [ ]  non |
|  | Si oui, lesquelles? |
|  | c) Faut-il s’attendre à des séquelles à long terme? [ ]  oui [ ]  non |
|  | Si oui, lesquelles et de quelle importance? |
|  |  |
| **5. Remarques** |       |

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