|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 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 | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | 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) |