

# 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 actuel (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)