

Rapport médical concernant l'incapacité de travail

Le présent formulaire doit être rempli par le médecin traitant. Les réponses aux questions doivent être complètes et le formulaire doit être renvoyé immédiatement dûment signé à l'adresse indiquée à la fin du document.

1 Indications concernant le patient

| | | |
|--|----------------------|----------------------|
| Prénom | Nom | Numéro client |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Rue, N° | NPA/Localité | Date de naissance |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Extrait du dossier médical pour la période écoulée depuis le | | |
| <input type="text"/> | | |

2 Cause de l'incapacité de travail

Maladie Accident Maternité Non défini

Diagnostiques et/ou codes ICD

A quelle date les premiers symptômes se sont-ils manifestés

En cas d'accident: date et nature de l'accident

3 Profession

3.1 Activité professionnelle actuelle

3.2 Tâches pénibles dans l'emploi en %

4 Traitement ambulatoire

Par vous-même

Du au Date du dernier contrôle

Avant vous, par le

Dr. à depuis

Après vous, par le

Dr. à depuis

5 Traitement hospitalier/Cure

Où?

Date d'entrée

Date de sortie

6 Statut du patient

6.1 Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)

6.2 Symptômes et état actuel

6.3 Pronostic

6.4 Existe-t-il des raisons non médicales ayant une influence sur la capacité de travail (par ex. la situation au travail, la perte de l'emploi, des facteurs en rapport avec l'environnement social, etc..)?

Non Oui

Si oui, lesquels?

7 Traitement

7.1 Nature et fréquence du traitement actuel

7.2 Médication actuelle (y compris le dosage)

7.3 Recommandations pour la future thérapie

Aucune

Laquelle?

8 Incapacité de travail

8.1 Degré et durée de l'incapacité de travail par rapport à l'activité exercée à ce jour (en relation avec le taux d'occupation)

 % du au % du au % du au % du au

9 Activité professionnelle

9.1 Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle antérieure ou à une amélioration de la capacité de travail?

Si oui, à partir de quelle date et à quel degré? % du % du

Si non, est-ce qu'une autre activité **adaptée** à l'évolution de l'affection médicale peut-elle envisagée? Non Oui

Si oui, laquelle? Une activité surtout en position debout? Une activité surtout en position assise? Une activité favorisant les positions alternées?

9.2 Mesures de réinsertion

9.2.1 La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales, thérapeutiques ou autres? Non Oui
Lesquelles?

9.2.2 Une reconversion professionnelle doit-elle être examinée? Non Oui
Si oui, de quelle nature et par qui?

9.2.3 Autre?

10 Contact avec d'autres assurances

10.1 Est-ce qu'une annonce à l'AI est prévue ou a déjà été faite?

Non Oui

Quand?

10.2 Existe-t-il un contact avec une autre assurance? (AM, Accident, autre)

Non Oui

Laquelle?

11 Informations supplémentaires, remarques et propositions

Lieu et date

Timbre et signature du médecin

Adresse de l'assureur:

CSS Assurance

Service médical LUTWS, Case postale 144, 1000 Lausanne 10