



CSS
Assurance

Rapport médical d'évolution en cas d'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"/>

2 Cause de l'incapacité de travail

Maladie Accident Maternité Non défin

Diagnostiques et/ou codes ICD

3 Traitement hospitalier/Cure

Où? Date d'entrée Date de sortie

4 Statut du patient

4.1 Symptômes et état actuel

4.2 Pronostic

4.3 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 Lesquels?

5 Traitement

5.1 Nature et fréquence du traitement actuel

5.2 Médication actuelle (y compris le dosage)

5.3 Recommandations pour la future thérapie

Aucune

Laquelle?

5.4 Patient adressé à un médecin spécialiste

Non Oui

Patient adressé

Patient adressé à (Nom, Prénom, Adresse)

6 Incapacité de travail

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

<input type="text"/>	% du	<input type="text"/>	au	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% du	<input type="text"/>	au	<input type="text"/>
<input type="text"/>	% du	<input type="text"/>	au	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% du	<input type="text"/>	au	<input type="text"/>

7 Reprise de l'activité professionnelle

7.1 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?

7.2 Mesures de réinsertion possibles

7.2.1 La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales?

Non Oui

Lesquelles?

7.2.2 Une reconversion professionnelle doit-elle être examinée?

Non Oui

Si oui, de quelle nature et par qui?

8 Contact avec d'autres assurances

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

Non Oui

Quand?

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

Non Oui

Laquelle?

9 Informations supplémentaires, remarques et propositions

Lieu et date

Timbre et signature du médecin

Adresse de l'assureur:

CSS Assurance

Service médical Indemnités Journalières, Case postale 144, 1000 Lausanne 10

hin.indemnitésjournalières@css.ch