

# 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 dûment signé doit être renvoyé immédiatement 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"/>
Employeur	Activité	Taux d'activité (%)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 2 Informations médicales

### 2.1 Informations relatives à l'incapacité de travail actuelle

Maladie     Accident     Maternité     Rechute     Non défin

Diagnosics et code CIM

Date des premiers symptômes

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

En cas de rechute: date de début de la 1<sup>re</sup> affection

### 2.2 Etat du patient

Taille (cm)	Poids (kg)	Date de la mesure
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anamnèse (évolution chronologique, thérapies suivies à ce jour)

Symptômes et état actuel

Pronostic

### 3 Traitement

#### 3.1 Traitement ambulatoire

Par vous-même depuis

Pour l'incapacité de travail actuelle

du  au  Date du dernier contrôle

Autres médecins traitants

Dr  Lieu  (merci de joindre les rapports)

Dr  Lieu  (merci de joindre les rapports)

#### 3.2 Traitement stationnaire

Clinique/Hôpital

 (merci de joindre les rapports)

Date d'admission

Date de sortie

#### 3.3 Traitement actuel

Nature, étendue et fréquence du traitement actuel

Médication actuelle (y compris dosage)

#### 3.4 Recommandations de traitement (opération, délégation à un spécialiste, thérapies, etc.)

Aucune

Lesquelles?

Quand?

Lesquelles?

Quand?

### 4 Incapacité de travail et situation professionnelle

#### 4.1 Degré et durée de l'incapacité de travail (environnement de travail, perte d'emploi, facteurs en lien avec l'environnement social, etc.)

<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"/>

#### 4.2 Y a-t-il des raisons non médicales qui ont une influence sur la capacité de travail? (environnement de travail, perte d'emploi, facteurs en lien avec l'environnement social, etc.)

Non  Oui

Si oui, lesquelles?

**4.3 Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle antérieure ou à une augmentation de la capacité de travail?** Non  Oui

Si oui, à partir de quelle date et dans quelle mesure?

 % à partir du  % à partir du 

Si oui, continuer au point 5

**4.4 En cas d'incapacité de travail prolongée, une autre activité adaptée peut-elle être envisagée?** Non  Oui

Si oui, à quelles conditions (merci d'indiquer quelles sont les limitations ainsi qu'une description détaillée)?

**4.5 Des mesures ou traitements médicaux peuvent-ils réduire les limitations?** Non  Oui

Si oui, lesquels?

**4.6 Des mesures au niveau professionnel sont-elles indiquées? (reconversion, changement de place de travail)** Non  Oui

Si oui, lesquelles?

**5 Autres assurances****5.1 Est-ce qu'une annonce à l'AI est prévue ou a déjà été faite?** Non  Oui

Si oui, à quelle date?

**5.2 Y a-t-il un contact avec d'autres assurances (assurance-chômage, assurance-accident, assurance militaire, caisse de pension, etc.)** Non  Oui

Si oui, lesquelles?

**6 Nos questions complémentaires****7 Vos remarques**

Lieu/date

Timbre et signature du médecin

**Merci de renvoyer le formulaire à:**

CSS Assurance

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

hin.indemnitésjournalières@css.ch