|  |  |
| --- | --- |
| **Certificat médical d’incapacité de travail à l’intention du médecin conseil de l’assureur-vie** | N° de police / N° de contrat / N° AVS :     Début de l’incapacité de travail :      [ ]  Maladie [ ]  Accident |
|  |  |
| **1. Patient** |

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom :      Date de naissance :      Adresse :       | Nom :      Sexe :  |

 |
|  |  |
| **2. Profession** |

|  |  |
| --- | --- |
| Profession(s) exercée(s) :      | Taux d’occupation :     h/jour     jour(s)/semaine[ ]  Salarié [ ]  Indépendant[ ]  Sans activité lucrative |

 |
|  |  |
| **3. Traitement** | Depuis quand assurez-vous le traitement ambulatoire ?       Jusqu’au ?      Traitement assuré avant vous par (nom, adresse, spécialité et durée) :

|  |
| --- |
|       |

Traitement assuré après vous par (nom, adresse, spécialité et durée) :

|  |
| --- |
|       |

Traitement stationnaire /cure : Où ?

|  |
| --- |
|       |

De quand à quand ?      Des opérations ont-elles été nécessaires ? Si oui, lesquelles ?      Quand et où ?       |
|  |  |
| **4. Anamnèse** | a) Quelle a été la première manifestation de la pathologie ? A quelle date est-elle survenue ? |
|  |       |
|  | b) Informations subjectives du patient : |
|  |       |
|  | c) Le patient a-t-il été traité pour cette pathologie par le passé ? [ ]  Oui [ ]  Non |
|  |

|  |
| --- |
| Si oui, où ?       |

Quand ?        |
|  | d) Thérapies suivies jusqu’ici : |
|  |       |
|  | e) Le patient souffre-t-il de maladies préexistantes et/ ou de séquelles d’accident(s) ? [ ]  Oui [ ]  Non |
|  |

|  |
| --- |
| Si oui, lesquelles ?       |

Depuis quand ?      Qui était le médecin traitant / l’hôpital ?

|  |
| --- |
|       |

Ces maladies/séquelles influencent-elles le processus de guérison ? [ ]  Oui [ ]  Non

|  |
| --- |
| Si oui, dans quelle mesure ?       |

 |
|  |  |
| **5. Constats  objectifs** | Examens, résultats d’imagerie médicale, clarifications et rapports de sortie (joindre les copies) : |
|

|  |
| --- |
| Lesquels ?       |

Date ?       |
|  |  |
| **6. Diagnostic(s)** | Code CIM et diagnostic(s) différentiel(s) éventuel(s) : |
|  **Avec** incidence sur la capacité de travail |       |
|  **Sans** incidence  sur la capacité  de travail |       |
|  | Restrictions objectives au regard des activités exercées actuellement : |
|  |       |
|  |  |
| **7. Autre facteurs** | Certaines circonstances pourraient-elles influer défavorablement sur le processus de guérison (par ex. environnement professionnel, contexte social, chemin pour se rendre au travail, addiction) ? [ ]  Oui [ ]  Non |
|  | Si oui, lesquelles ?       |
|  |  |
| **8. Thérapie** | a) Traitement et médicaments actuels (y compris dosage) : |
|  |       |
|  | b) Procédure / propositions (diagnostic par imagerie, examen médical, traitements, etc.) : |
|  |       |
|  | c) Pronostic : |
|  |       |
|  |  |
| **9. Incapacité de travail** | Capacité de travail raisonnablement exigible (en % de la charge habituelle) : | Présence raisonnablement exigible au sein de l’entreprise (h/jour) : | IT en % : | Incapacité de travail du : | Incapacité de travail au : |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  | Reprise du travail : Prévue à partir du :       à raison de     h/jour Présumée dans :     semaine(s) à raison de     h/jour |
|  |  |
| **10. Réintégration** | a) Un autre travail / emploi raisonnablement exigible est-il envisageable ? [ ]  Oui [ ]  Non |
|  | Si oui, lequel et à quel taux d’occupation ?       |
|  | b) Le patient exerce-t-il déjà un nouveau travail/ une nouvelle activité ? [ ]  Oui [ ]  Non |
|  | Si oui, lequel/laquelle ?       |
|  | c) Y-a-t-il des restrictions dans l’exercice de ce nouveau travail / de cette nouvelle activité ? [ ]  Oui [ ]  Non |
|  | Si oui, lesquelles ?       |
|  | d) Y-a-t-il une restriction médicale à la conduite d'un véhicule automobile ? [ ]  Oui [ ]  Non |
|  | Si oui, laquelle ?       |
|  |  |
| **11. Consultations** | Date de la dernière consultation      Date de la prochaine consultation       |
|  |  |
| **12. Autres assureurs** | D’autres assureurs sont-ils tenus de verser des prestations (assureur-accidents, assureur d'une indemnité journalière en cas de maladie, AI, AM, etc.) ? [ ]  Oui [ ]  Non |
| Si oui, le(s)quel(s) ?       |
|  |  |
| **13. Remarques** |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lieu et date :      |  | Adresse du médecin :      |  | Signature du médecin :  |