|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 : |