

Rapport médical initial

Assurance-maladie / Indemnités
journalières en cas de maladie

LAMal
 LCA

Numéro de sinistre:
Début de l'incapacité de travail:

Employeur

Patient

Prénom: N° AS:
Nom: Date de naissance: Sexe:
Temps de travail: h/j Nationalité:
Profession exercée:

1. Premiers
soins

Date: Heure:
Nom: Lieu:
Spécialité méd.:

2. Cause

Maladie: Accident: Maladie professionnelle: Non définie:
Grossesse: Date de naissance prévue:

3. Anamnèse

a) Quand et comment les troubles se sont manifestés pour la première fois?

b) Le patient a-t-il été déjà auparavant traité en raison de ces troubles? oui non

Si oui, où?

c) Thérapies suivies jusqu'à présent:

d) Données subjectives du patient:

e) Quels accidents et maladies précédents influencent le processus de guérison?

f) Autres informations:

4. Constatations objectives

Atteinte morphologique :

Atteinte fonctionnelle :

Examens et procédés d'imagerie avec copies des diagnostics :

5. Diagnostic(s)

Code CIM et éventuel(s) diagnostic(s) différentiel(s):

avec

impact sur
l'incapacité de
travail

sans

impact sur
l'incapacité de
travail

Limitation objective de l'activité actuelle:

6. Autres facteurs

Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (p. ex. environnement professionnel, situation sociale, trajet jusqu'au travail, addiction) ?

oui non

Si oui, lesquels?

7. Thérapie

a) Traitement actuel:

b) Procédure/Propositions (diagnostic par imagerie, examen méd. spécialisé, traitements, etc.):

c) Le patient est-il/va-t-il être hospitalisé ou opéré?

oui non

Si oui, où et quand?

d) Autres médecins, thérapeutes impliqués?

Nom:
Spécialité méd:

Lieu:
Depuis quand:

8. Incapacité de travail

Tolérance exigible aux efforts (% de l'effort habituel):	Présence exigible dans l'entreprise (heures/jour):	évent. IT en %:	Incapacité de travail du:	Incapacité de travail au:

La **reprise** du travail **avant le week-end** est-elle possible? oui non
 Reprise du travail: prévue à partir de: à raison de h/j
 vraisemblablement dans: semaines à raison de h/j

9. Dates des consultations

Dates des consultations anciennes::

Prochain rendez-vous:

10. Autres assureurs

D'autres fournisseurs de prestation sont-ils impliqués (LAA, caisse maladie, caisse de pension, etc.)? oui non

Si oui, lesquels?

11. Remarques

En particulier en rapport avec le soutien à la réinsertion (p. ex. facilitation du travail, transport jusqu'au lieu de travail, soutien social ou des proches, autres mesures non médicales):

Lieu et date:

Adresse de médecin:

Signature de médecin:

EAN:

CSCM:

Tél.:
e-mail: