|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:       Lieu:  Spécialité méd:       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: |