|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personne assurée (prénom, nom) | Date de naissance | Numéro d’assuré  756. |
| Médecin (prénom, nom) |  |  |

1. Informations générales

1.1

Le traitement que vous avez dispensé a eu lieu

du au

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1.2

A quelle fréquence voyez-vous le patient / la patiente actuellement ?

|  |
| --- |
|  |

1.3

Quelle est, jusqu’à aujourd’hui, l’évolution de l’incapacité de travail attestée médicalement (en pour cent)?

% de à

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

1.4

Y a-t-il d’autres intervenants (médecins spécialistes, hôpitaux ou thérapeutes)?

|  |
| --- |
|  |

Veuillez joindre les copies des rapports existants.

1. Situation médicale

2.1

Antécédents médicaux

|  |
| --- |
|  |

2.2

Constats médicaux complets sur la base des examens que vous avez pratiqués

|  |
| --- |
|  |

2.3

Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail

(En l’absence d’un psychiatre traitant, veuillez indiquer le code CIM-10 ou DSM-5 pour les affections psychiatriques)

|  |
| --- |
|  |

2.4

Diagnostics sans incidence sur la capacité de travail

|  |
| --- |
|  |

2.5

Médication actuelle (y compris le dosage) et compliance de votre patient-e

|  |
| --- |
|  |

2.6

Evolution de l’état de santé depuis le début du suivi et prochaines mesures que vous envisagez / votre plan de traitement (thérapies, opérations chirurgicales, médication)

|  |
| --- |
|  |

1. Capacité fonctionnelle

3.1

Combien d’heures de travail par jour peut-on raisonnablement attendre de votre patient/votre patiente dans l’activité qu’il/elle a exercée jusqu’ici ?

|  |
| --- |
|  |

3.2

En lien avec l’exercice d’une activité professionnelle, quelles sont limitations fonctionnelles liées à l’atteinte à la santé de votre patient-e (ex. effort physique / activité alternée / répétitive / fonction de cadre / travail par rotation d'équipes / travail en équipe / contact avec les clients, ou toute autre particularité, etc.) ?

|  |
| --- |
|  |

3.3

Est-ce que son atteinte à la santé l’empêcherait d’exercer une autre activité professionnelle si celle-ci était compatible avec les limitations décrites sous le point précédent ? A quel taux votre patient-e pourrait-il-elle exercer une telle activité adaptée (horaire et rendement) ?

|  |
| --- |
|  |

3.4

Dans quelle mesure votre patient/votre patiente est-il/elle limité/e dans l’accomplissement des tâches ménagères?

(Par ex.: tenue du ménage /préparation des repas / nettoyage / achats / lessive / prise en charge des enfants)

|  |
| --- |
|  |

3.5

Avez-vous des doutes quant à sa capacité de conduire?  
Lesquels?

|  |
| --- |
|  |

3.6

Votre pronostic sur la capacité de travail du patient/de la patiente

|  |
| --- |
|  |

1. Potentiel de réadaptation

4.1

Est-ce que votre patient-e est en mesure de suivre une mesure de réadaptation professionnelle de notre assurance ?

|  |
| --- |
|  |

4.2

Votre patient/votre patiente dispose-t-il/elle de ressources qui pourraient être utiles pour sa réinsertion ?

|  |
| --- |
|  |

4.3

Quels sont les éventuels facteurs qui font obstacle à la réadaptation professionnelle ?

|  |
| --- |
|  |

Divers

Quels autres éléments pourraient entrer en ligne de compte dans l’évaluation de la situation de votre patient ? Avez-vous d’autres informations à nous communiquer ?

|  |
| --- |
|  |

Date

|  |
| --- |
|  |

Prénom, nom et signature du médecin (la signature sous forme électronique suffit)

|  |
| --- |
|  |

Annexes

|  |
| --- |
|  |