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

1. Merci de nous fournir un status détaillé (anamnèse et constatations objectives).

|  |
| --- |
|  |

1. Quelle a été l’évolution de l’état de santé de votre patient/e depuis le début de votre prise en charge (spécifier la date) ? Y-a-t-il des changements dans les diagnostics ? Si oui, depuis quand ?

|  |
| --- |
|  |

1. Quelles sont les dates des deux dernières consultations ?

|  |
| --- |
|  |

1. Merci de détailler les restrictions, limitations de santé qui découlent de l’atteinte (des atteintes) à la santé ?

|  |
| --- |
|  |

1. D’un point de vue strictement médical : votre patient/e est-il/elle capable d’exercer son activité professionnelle **habituelle** ? Si oui, à quel taux et depuis quand ?

|  |
| --- |
|  |

1. Si tel n’est pas le cas, pourquoi ?

|  |
| --- |
|  |

1. D’un point de vue strictement médical : votre patient/e est-il/elle capable d’exercer une activité professionnelle **adaptée** à son état de santé ? Si oui, à quel taux et depuis quand ?

|  |
| --- |
|  |

1. Si tel n’est pas le cas, pourquoi ?

|  |
| --- |
|  |

1. Quel est le traitement prescrit (spécifier le nom des médicaments et l’observance thérapeutique). En cas de non compliance merci d’indiquer si le traitement proposé pourrait permettre une amélioration de la capacité de travail de votre patient.

|  |
| --- |
|  |

1. Merci de nous fournir toutes les pièces médicales que vous jugez nécessaire afin d’étayer vos considérations (rapports d’hospitalisation, imagerie, etc).

|  |
| --- |
|  |

1. Pensez-vous qu'un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail

|  |
| --- |
|  |

Date

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

Annexes

|  |
| --- |
|  |