Certificat médical d'incapacité de travail à l'intention du médecin conseil de l'assureur-vie

ASA | SVV
Schweizerischer Versicherungsverband
Association Suisse d'Assurances
Associazione Svizzera d'Assicurazioni
Swiss Insurance Association

Sélectionner l'assureur...

GLN

Cas

Motif du traitement ◯ Maladie ◯ Accident

No de police / No de contrat / Numéro d'assurance sociale

Début de l'incapacité de travail

1. Patient

Nom

Prénom

Rue

NP / lieu

Sexe ▾ Date de naissance

Tél.

Mail

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

Date de création	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

Médecin
Adresse

Tél
Fax
GLN
NCC
eMail

Signature _____
inutile en cas d'envoi électronique

Date

Transmission électronique

«Envoi direct» est désactivé parce que le destinataire ne peut pas être adressé en toute sécurité (HIN-Mail|Medidata)!