

PERSONNE ASSURÉE

NOM	PRÉNOM
DATE DE NAISS.	N° D'ASS. SOC.
RUE	NPA / LIEU

CAUSE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

DIAGNOSTIC

QUAND LES PREMIERS SYMPTÔMES SONT-ILS APPARUS?

EN CAS D'ACCIDENT, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE ET LA NATURE DE L'ACCIDENT

L'ACCIDENT A-T-IL ÉTÉ CAUSÉ PAR UNE TIERCE PERSONNE? OUI NON

TRAITEMENT AMBULATOIRE

PAR VOUS-MÊME	JUSQU'AU	
AVANT VOUS PAR LE DR	À	DEPUIS
APRÈS VOUS PAR LE DR	À	DEPUIS
DEPUIS QUAND CONNAISSEZ-VOUS LA PATIENTE / LE PATIENT?		DEPUIS
LA PERSONNE ASSURÉE EST-ELLE RÉGULIÈREMENT SOUS TRAITEMENT CHEZ VOUS?	OUI	NON

SI OUI, POURQUOI?

TRAITEMENT STATIONNAIRE

OÙ? ADMISSION SORTIE

ANAMNÈSE ET ÉVOLUTION DU CAS

TYPE ET NATURE DU TRAITEMENT

MÉDICATION (Y COMPRIS DOSAGE) AUCUNE LAQUELLE

CAS ÉCHÉANT MALADIES / ACCIDENTS ANTÉRIEUR(E)S

DEGRÉ ET DURÉE DE L'INCAPACITÉ À EXERCER LA PROFESSION ANTÉRIEURE DEPUIS LA SURVENUE DES PREMIERS SYMPTÔMES

(INDÉPENDAMMENT DE LA SITUATION DU MARCHÉ DE L'EMPLOI ET ÉCONOMIQUE EN CAS DE DEGRÉ D'OCCUPATION DE 100%)

%	DU	AU
%	DU	AU
%	DU	AU
%	DU	AU

TRAVAIL ACCEPTABLE

UN AUTRE TRAVAIL ACCEPTABLE EST-IL ENVISAGÉ? OUI NON

UNE NOUVELLE ACTIVITÉ EST-ELLE EXERCÉE? OUI NON

SI OUI, LAQUELLE? DEPUIS

DEGRÉ D'INCAPACITÉ DANS LA NOUVELLE ACTIVITÉ % DU AU

AI / AA / AM

UNE ANNONCE DE DÉTECTION PRÉCOCE A-T-ELLE ÉTÉ FAITE AUPRÈS DE L'AI? OUI NON

UNE DEMANDE DE PRESTATIONS A-T-ELLE DÉPOSÉE? OUI NON

SI OUI, À QUI? AI AA AM

DATE DE L'ANNONCE / LA DEMANDE

REPRISE DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

PEUT-ON S'ATTENDRE À UNE REPRISE DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE OU À UNE AUGMENTATION DE LA CAPACITÉ DE TRAVAIL? OUI NON

SI OUI DÈS LE À %

DES MESURES PROFESSIONNELLES SONT-ELLES INDIQUÉES? OUI NON

SI OUI, LESQUELLES ET PAR QUI?

QUESTIONS / REMARQUES

DÉFINITION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL EST RÉPUTÉE INCAPACITÉ DE TRAVAIL TOUTE PERTE, TOTALE OU PARTIELLE, DE L'APTITUDE DE L'ASSURÉ À ACCOMPLIR DANS SA PROFESSION OU SON DOMAINE D'ACTIVITÉ LE TRAVAIL QUI PEUT RAISONNABLEMENT ÊTRE EXIGÉ DE LUI, SI CETTE PERTE RÉSULTE D'UNE ATTEINTE À SA SANTÉ PHYSIQUE, MENTALE OU PSYCHIQUE. EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL DE LONGUE DURÉE, L'ACTIVITÉ QUI PEUT ÊTRE EXIGÉE DE LUI PEUT AUSSI RELEVER D'UNE AUTRE PROFESSION OU D'UN AUTRE DOMAINE D'ACTIVITÉ. (ARTICLE 6 LPGa).

MÉDECIN TRAITANT

NOM PRÉNOM

RUE NPA / LIEU

LIEU, DATE

HONORAIRES DU MÉDECIN

RAPPORT SUCCINCT CHF 45.-

RAPPORT AVEC INDICATIONS COMPLÉMENTAIRE CHF 65.-

SIGNATURE _____

LE FORMULAIRE EST À RETOURNER SANS DÉLAI PAR COURRIER CONFIDENTIEL