

Questionnaire médical

N° de client

Dossier n°

Nom et prénom

Date de naissance

Incapacité de travail du

Demande du

Adressée à

Données du médecin

1.1. Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail: Date d'apparition

1.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail: Date d'apparition

1.3. Maladie

Maternité, terme prévu / accouchement le:

Accident, date de survenance:

1.4. Anamnèse (en relation avec l'incapacité de travail) :

1.5. Quels sont les troubles dont se plaint le patient actuellement ?

1.6. Ces troubles peuvent-ils être objectivés ?

Non

Oui, description des éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation:

Veuillez joindre une copie des rapports correspondants.

1.7. Poids: _____ kg Taille: _____ cm Tension artérielle récente: _____

1.8. Symptômes actuels avec le degré de gravité de chacun (L = Léger, M = Moyen, I = Intense): L M I

1.9. Description des limitations objectives rencontrées dans la profession ou le domaine d'activité du patient:

1.10 La capacité de travail serait-elle influencée de manière positive si le patient avait une nouvelle place de travail, le cas échéant, auprès d'un autre employeur ?

Non Oui, à partir de quand et à quel taux: _____

2.1. Médicaments (nom – posologie):

2.2. Le patient a-t-il subi ou subira-t-il:

a) des examens ou tests non oui, dates et nature :

b) une opération non oui, date et nature:

c) d'autres traitements non oui, précisez :

d) une hospitalisation non oui, dates et lieu:

Veillez joindre une copie des rapports correspondants.

2.3. Consultation d'un spécialiste: Non Oui, précisez:

2.4. Calendrier de vos consultations en relation avec la présente incapacité de travail:

2.5. Prochaine consultation:

2.6. Collaboration du patient à son traitement: excellente moyenne médiocre

3.1. Périodes et taux d'incapacité dans l'activité exercée actuellement:

du _____ au _____ à _____ %

du _____ au _____ à _____ %

du _____ au _____ à _____ %

3.2. Reprise totale prévue pour le:

ou durée approximative de l'incapacité depuis la date d'établissement de la présente:

3.3. Est-ce que le patient est capable d'exercer une activité plus adaptée à son état de santé ?

Non

Oui, à partir de quand et à quel taux:

Quelles sont les limitations que doit respecter l'activité adaptée ?

3.4. Des raisons non médicales empêchent-elles une reprise du travail ?

Non

Oui, lesquelles:

Veillez impérativement joindre à votre rapport une copie de toutes les pièces médicales (résultat d'analyse, rapport médical, etc.) en relation avec le présent événement.

Lieu et date:

Timbre et signature