

Rapport médical intermédiaire Assurance-accidents

LAA LCA

N° de sinistre		Date/heure de l'acc.		
Employeur				
Patient	Nom Prénom Profession exercée	N° AVS Date de naissance Temps de travail	h/j	Sexe
1. Diagnostic(s)	Code CIM et éventuel(s) diagnostic(s) différentiel(s)			
2. Thérapie	a) Traitement actuel			
	b) Procédure/Propositions (poursuite du traitement, radiographies, examen médical pour les assurances):			
	c) A quel intervalle ont lieu les consultations?			
	d) Durée prévue du traitement?			
3. Evolution	a) Evolution jusqu'à ce jour et état actuel (subjectif et objectif)			
	b) Pronostic:			
	c) Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (par ex. maladies antérieures, accidents, circonstances sociales, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
	Si oui, lesquelles?			

4. Incapacité de travail a) Quelles limitations physiques, mentales, psychiques subsistent et quel est leur effet concret sur l'activité actuelle (tâches de travail)?

Tolérance exigible aux efforts (% de l'effort habituel):	Présence exigible dans l'entreprise (heures/jour):	évent. IT en %:	Incapacité de travail du:	Incapacité de travail au:

La reprise du travail avant le week-end est-elle possible? Oui Non

Reprise du travail: prévue à partir de: à raison de h/j
 vraisemblablement dans: semaines à raison de h/j

b) Des mesures concrètes peuvent-elles influencer positivement la capacité de travail au poste de travail (par ex. attribuer un travail approprié, faciliter le déplacement jusqu'au travail, adapter le poste de travail, job-coaching, etc.)? Oui Non

Si oui, lesquelles?

c) Faut-il s'attendre à des séquelles à long terme? Oui Non

Si oui, lesquelles et de quelle importance?

5. Remarques

Lieu et date :

Adresse du médecin :

Signature du médecin :
 (superflu pour envoi électronique)