

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

N° de police / N° de contrat / N° AVS :

Début de l'incapacité de travail :

Maladie Accident

1. Patient

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Nom :

Sexe :

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)

Avec incidence sur la capacité de travail

Sans incidence sur la capacité de travail

Code CIM et diagnostic(s) différentiel(s) éventuel(s) :

Restrictions objectives au regard des activités exercées actuellement :

7. Autre facteurs

Certaines circonstances pourraient-elles influencer 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

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 :	à raison de	h/jour
		semaine(s)		

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

Lieu et date :

Adresse du médecin :

Signature du médecin :