

# Rapport médical initial

Assurance-maladie / Indemnités  
journalières en cas de maladie

LAMal

LCA

Numéro de sinistre:  
Début de l'incapacité de travail:

Employeur

Patient

Prénom: N° AS:  
Nom: Date de naissance: Sexe:  
Temps de travail: h/j Nationalité:  
Profession exercée:

1. Premiers  
soins

Date: Heure:  
Nom: Lieu:  
Spécialité méd.:

2. Cause

Maladie:  Accident:  Maladie professionnelle:  Non définie:   
Grossesse:  Date de naissance prévue:

3. Anamnèse

a) Quand et comment les troubles se sont manifestés pour la première fois?

b) Le patient a-t-il été déjà auparavant traité en raison de ces troubles?  oui  non

Si oui, où?

c) Thérapies suivies jusqu'à présent:

d) Données subjectives du patient:

e) Quels accidents et maladies précédents influencent le processus de guérison?

f) Autres informations:

**4. Constatations objectives**

Résultats d'examens médicaux et d'imagerie médicale (copies en annexe svp):

**5. Diagnostic(s)**

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

**avec**

impact sur  
l'incapacité de  
travail

**sans**

impact sur  
l'incapacité de  
travail

Limitation objective de l'activité actuelle:

**6. Autres facteurs**

Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (p. ex. environnement professionnel, situation sociale, trajet jusqu'au travail, addiction) ?

oui  non

Si oui, lesquels?

**7. Thérapie**

a) Traitement actuel:

b) Procédure/Propositions (diagnostic par imagerie, examen méd. spécialisé, traitements, etc.):

c) Le patient est-il/va-t-il être hospitalisé ou opéré?

oui  non

Si oui, où et quand?

d) Autres médecins, thérapeutes impliqués?

Nom:

Spécialité méd:

Lieu:

Depuis quand:

Nom:	Lieu:
Spécialité méd:	Depuis quand:

**8. Incapacité 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

**9. Dates des consultations**

Dates des consultations anciennes::

Prochain rendez-vous:

**10. Autres assureurs**

D'autres fournisseurs de prestation sont-ils impliqués (LAA, caisse maladie, caisse de pension, etc.)?

oui  non

Si oui, lesquels?

--

**11. Remarques**

En particulier en rapport avec le soutien à la réinsertion (p. ex. facilitation du travail, transport jusqu'au lieu de travail, soutien social ou des proches, autres mesures non médicales):

--

Lieu et date:

--

Adresse de médecin:

--

Signature de médecin:

(superflu pour envoi électronique)

--

EAN:

--

CSCM:

--

Tél.:

e-mail:

--