

Rapport médical intermédiaire

Assurance-maladie / Indemnités
journalières en cas de maladie



**Vaudoise Générale,
Compagnie d'Assurances SA**
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Lausanne
T 0800 811 911, F 021 618 85 16
Email: medecin.conseil@vaudoise.ch

LAMal Numéro de sinistre _____

LCA Début de l'incapacité de travail _____

Employeur _____

Patient Nom _____ N° AS _____

Prénom _____ Date de naissance _____

Taux d'activité _____ Sexe homme femme

Profession exercée _____ Nationalité _____

1. Constatations objectives Résultats d'examens médicaux et d'imagerie médicale (copies en annexe svp)

2. 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

3. 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 _____ Lieu _____

Spécialité méd. _____ Depuis quand _____

4. Evolution

a) Evolution jusqu'à ce jour et état actuel (subjectif et objectif)

b) Pronostic

5. 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 ?

6. Incapacité de travail

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

au poste de travail actuel

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

7. Capacité de travail après stabilisation de l'état de santé

- a) L'activité actuelle est-elle du point de vue médical encore exigible ? oui non
b) L'exercice de l'actuelle activité dans un autre environnement de travail est-elle exigible ? oui non
c) **Une activité adaptée** est-elle du point de vue médical exigible ? oui non

Si oui (pour a, b ou c):

Quel est le profil de tolérance et quelles sont les adaptations nécessaires ?

à partir du: _____ à raison de _____ h/j tolérance exigible: _____%

8. Second opinion

- a) Une évaluation spécialisée par un médecin conseil est-elle justifiée ? oui non

9. Mesures d'intégration

- a) Des mesures concrètes supplémentaires peuvent-elles influencer de manière positive la capacité de prestation ? oui non

Si oui: avec quelles mesures pouvons-nous de votre point de vue soutenir la personne assurée ?

- Mesures médicales ?
- Mesures professionnelles (p. ex. faciliter le trajet jusqu'au travail, job-coaching, etc.) ?
- Mesures de caractère psycho-social ?

10. Remarques

Lieu et date

Adresse de médecin

Signature de médecin (superflu pour envoi électronique)

T

e-mail

Envoyer

Imprimer