



Premier certificat médical Assurance perte de gain en cas de maladie

Adresse médecin/hôpital

No. du sinistre	Patient/e		Evénement du	Nos références
	Date de naissance			

Si le patient/la patiente a entre-temps retrouvé sa capacité de travail, nous vous prions de ne répondre qu'aux questions 1, 2, 3b et 6. Veuillez inscrire vos éventuelles remarques ou suggestions au verso de cette feuille ou sur une feuille annexe.

1. **Début du traitement médical:**

2. **Observations:**
Diagnostic:

3. a) Quand et sous quelle forme, d'après le patient/la patiente, l'affection s'est-elle manifestée pour la première fois (**brève anamnèse**)? S'il s'agit d'un accident: date/circonstances de l'accident?

3. b) Le patient/la patiente a-t-il/elle déjà été en traitement médical auparavant en raison de cette affection? Oui Non
Si oui, quand et chez quel médecin?

4. **D'autres factures** (tels que maladies ou accidents antérieurs, infirmités, toxicomanie) ont-ils une influence sur cette affection? Oui Non
Si oui, lesquels?

5. Genre du traitement: Par qui?
S'il s'agit d'un traitement stationnaire: hôpital? du au

6. **Incapacité de travail** en tant que ... taux d'occupation %
 % du au % du au
Quand peut-on compter sur une reprise du travail?
La **reprise** du travail est-elle possible **avant le week-end**? Oui Non

7. La reprise du travail ou l'augmentation de la capacité de travail pourrait-elle être facilitée par des **mesures non médicales** (p. ex. transport jusqu'au lieu de travail, aide sociale ou soutien familial)? Oui Non
Si oui, lesquelles et **dans quelle proportion**?

8. Ce certificat est-il un **certificat final**? Oui Non
Si la réponse est non, quand y aura-t-il de nouvelles constatations concernant l'état de santé de votre patient/e qui justifieront la demande d'un **prochain certificat médical**?

9. Existe-t-il d'autres **organismes d'assurance** impliqués (LAA, caisse maladie, AI, etc.)? Oui Non
Si oui, lesquels?

Lieu et date	Numéro du CAMS	Timbre et signature du médecin
<input style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/>