

Certificat médical intermédiaire

Assurance accidents LAA



Adresse médecin/hôpital:	Patient:	No. de sinistres:	
		Date de naissance:	
		N° AS.	
		Profession exercée:	
		Temps de travail :	
			Nos références:
			Événement du:

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.)?

Si oui, lesquelles? non

4. Incapacité de travail: 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):	Effective IT en %:	Incapacité de travail du:	Incapacité de travail au:

Reprise de travail: prévue à partir de: à raison de heures/jour

vraisemblablement dans: semaines à raison de heures/jour

La reprise du travail avant le week-end est-elle possible? oui non

4. **Incapacité de travail:** b) Des mesures concrètes peuvent-elles influencer positivement la capacité de travail au poste de travail Si oui, lesquelles? non
(par ex. attribuer un travail approprié, faciliter le déplacement jusqu'au travail, adapter le poste de travail, job-coaching, etc.)?

c) Faut-il s'attendre à des séquelles à long terme? Si oui, lesquelles et de quelle importance? non

5. **Remarques:**

Lieu et date:

No. CSCM / EAN:

Timbre et
signature de
médecin: