

Certificat médical intermédiaire

Assurance perte de gain en cas de maladie selon LCA



Adresse médecin/hôpital:

Patient:

No. de sinistres:

Date de naissance:

N° AS.

Profession exercée:

Temps de travail :

Nos références:

Événement du:

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 d'autres traitements:

c) Le patient est-il/va-t-il être hospitalisé ou opéré? Si oui, où et quand? non

d) Autres médecins, thérapeutes impliqués?

Nom:

Lieu:

Spécialité méd.:

Depuis quand:

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

b) Pronostic:

5. Autres facteurs: Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison et la reprise du travail (p. ex. environnement professionnel, situation sociale, trajet jusqu'au travail, addiction) ? Si oui, lesquels? non

6. 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

- 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 heures/jour tolérance exigible: %

8. Second opinion: Une évaluation spécialisée par un médecin conciliaire est-elle justifiée? oui non

- 9. Mesures d'intégration:** 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:

No. CSCM / EAN:

Timbre et signature de médecin: