**Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA,
Helsana Assurances complémentaires SA et Helsana Accidents SA.**

Helsana

Rapport psychiatrique

Indemnité journalière maladie

Numéro de dossier

Début de l'incapacité de travail

Employeur

Personne assurée

Prénom Nom

Taux d'occupation % Date de naissance

h/semaine

Profession exercée

1. Quel diagnostic justifie l'incapacité de travail actuelle ?

Code de diagnostic CIM-10 :

Diagnostic :

2. Quels sont les troubles qui affectent l'incapacité de travailler ?

3. Résultat psychopathologique

4. Traitement actuel/déroulement du traitement

5. Médication y c. dosage

6. Capacité de travail dans l'activité actuelle
Cette section doit être remplie par le médecin !

Charge de travail raisonnablement exigible (% de la charge de travail habituelle)	Présence raisonnablement exigible dans l'entreprise (heures/jour)	IdT en %	Incapacité de travail du :	Incapacité de travail au :

Reprise du travail prévue à partir du à raison de h/jour

vraisemblablement dans semaines à raison de h/jour

7. L'activité actuelle dans un autre environnement de travail est-elle envisageable ?
Cette section doit être remplie par le médecin !

○ Non ○ Oui, à partir du à raison de h/jour

Charge de travail raisonnablement exigible : %

Questions médicales

8. Anamnèse de la maladie

9. La personne assurée est-elle/va-t-elle être hospitalisée ou traitée en semi-stationnaire ?

○ Opération ○ Stationnaire ○ Semi-stationnaire

Quand Où

○ Non

10. Autres médecins impliqués ?

Spécialité, y c. adresse

Spécialité, y c. adresse

11. Dates de consultations Dates des consultations à ce jour

Dates de consultations :

Dates des consultations à ce jour :

Prochain rendez-vous :

12. Efficacité thérapeutique jusqu'ici ?

13. Comment la suite du traitement est-elle planifiée ?

Fréquence de traitement :

14. Veuillez joindre les copies de rapports demandées

- ☐ Rapport d'opération
- ☐ Rapport de consultation
- ☐ Rapport de sortie
- ☐ Rapport de laboratoire
- ☐ Rapport IRM
- ☐ Rapport TD
- ☐ Rapport radiologie
- ☐ Rapport dépistage de drogues
- ☐ Rapport laboratoire alcool
- ☐ Test ABCB1
- ☐ Rapport d'examen neuropsychologique
- ☐

Questions sur la capacité de travail

15. Prévision durée de l'incapacité de travail
Cette section doit être remplie par le médecin !

- ☐ Déjà acquise au
- ☐ 0 – 2 mois
- ☐ 4 – 6 mois
- ☐ 2 – 4 mois
- ☐ > 6 mois

16. Quelles sont les motifs non médicaux ayant une influence sur la capacité de travail ?

17. Une augmentation de la capacité de travail dans l'activité actuelle au taux de travail habituel est-elle encore possible à moyen ou long terme ?
Cette section doit être remplie par le médecin !

- ☐ Oui, à partir du à % h/jour
- ☐ Oui, chez un autre employeur à partir du à % h/jour
- ☐ Non, prière de justifier

18. Une autre activité adaptée à l'évolution de la maladie est-elle possible et raisonnable ?

- ☐ Oui, à partir du à % h/jour
- ☐ Non, prière de justifier

19. Quelles ressources sont disponibles pour une réinsertion ?

Questions diverses

20. La personne assurée a-t-elle déjà été en traitement pour les troubles actuels et est-elle en incapacité de travail (rechute) ?

○ Oui, quand et chez qui

○ Non

21. Selon vous, un deuxième avis est-il pertinent ?
Cette section doit être remplie par le médecin !

○ Oui, quelle spécialisation ?

○ Non

22.

Date

Signature psychothérapeute selon le « modèle de prescription »

Signature médecin

Numéro RCC

Téléphone E-Mail