

Évaluation de la capacité de travail

Indemnité journalière maladie

Numéro de dossier

Début de l'incapacité de travail

Employeur

Personne assurée

Nom, prénom

Date de naissance

Sexe

Nationalité

Taux d'occupation

h/semaine

Profession exercée

1 Diagnostic(s) CIM-10 avec
incidence sur l'incapacité de travail

1.1 Diagnostic(s) sans
incidence sur l'incapacité de travail –
(veuillez aussi indiquer le code ICD)

2 Anamnèse / diagnostic médical

3 Traitement et médication actuels
et concept de traitement
ultérieur

3.1 Traitement stationnaire /
opérations / réadaptation?

Non

Oui, où et quand?

Motif:

3.2 D'autres médecins ou
thérapeutes sont-ils concernés?

Nom

Lieu

Depuis quand?

Domaine spécialisé

*Pour de plus amples explications, une annexe est à votre disposition.

4 **Déroulement du traitement**

5 **Y a-t-il des facteurs non médicaux qui influent sur la capacité de travail (p. ex. environnement de travail, perte d'emploi, facteurs sociaux, etc.)?**

Non Oui, lesquels?

6 **Quelles limitations physiques, mentales ou psychiques y a-t-il dans l'activité d'origine?**

6.1 **Incapacité de travail à la place de travail actuelle**

Charge de travail raisonnablement exigée (% de la charge de travail habituelle)	Présence raisonnablement exigée 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 heures/jours
	vraisemblablement dans	semaines à raison de heures/jours

7 **Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité actuelle ou à une augmentation de la capacité de travail?**

Non Oui, à partir du _____ à raison de _____ heures/jour

Charge de travail raisonnablement exigée: _____ %

7.1 À l'heure actuelle, quels efforts peuvent être raisonnablement exigés de la part de l'assuré(e) du point de vue médico-théorique?

Aucun Si oui, lesquels à _____ %
à partir du _____
Soulever des charges de _____ kg; combien de fois par jour? _____ fois;
à quelle hauteur? _____ cm
Porter des charges de _____ kg; combien de fois par jour? _____ fois
Rester debout _____ heures par jour
Rester assis(e) _____ heures par jour
Marcher _____ heures par jour. À quelle fréquence par jour? _____ fois
Combien de temps sans interruption? _____ heures
Conduire une voiture? _____ (heures avec des petites pauses)

7.2 L'activité actuelle dans un autre environnement de travail / chez un autre employeur est-elle envisageable?

Non Oui, à partir du _____ à raison de _____ heures/jour
Charge de travail raisonnablement exigée: _____ %

7.3 Une autre activité adaptée à l'évolution de la maladie est-elle possible et peut-elle être raisonnablement exigée?

Non Oui
Si oui, quelles activités peuvent être exercées?

8 Second opinion
Estimez-vous pertinent de réaliser un examen médical spécialisé à titre de deuxième avis médical?

à partir du _____ à raison de _____ heures/jour
Charge de travail raisonnablement exigée _____ %

Non Oui
Si oui, dans quelle spécialité?

9 Annonce à l'AI
Une annonce a-t-elle été faite à l'AI?

Non OI _____ Date: _____

10 Mesures de réinsertion possibles
Des mesures peuvent-elles influencer de manière positive la capacité de travail?

Non Oui
Si oui, quelles mesures devraient être mises en place pour aider la personne assurée?

11 **Remarques**

Lieu et date

Adresse du médecin

Téléphone

Courriel

Signature et timbre du médecin (superflus en cas d'envoi électronique)

RCC

IBAN

Annexe:

Lieu et date

Adresse du médecin

Téléphone

Courriel

Signature et timbre du médecin (superflus en cas d'envoi électronique)

RCC

IBAN
