

## Rapport médical intermédiaire

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

heures/semaine

Profession exercée

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

**1.1 Diagnostic(s) sans**  
impact sur l'incapacité de travail  
(veuillez aussi indiquer le code CIM)

**2 Anamnèse / diagnostic**  
**médical**

Merci de joindre une copie de tous les  
résultats (laboratoires et radiologiques)

**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

Localité

Depuis quand?

Spécialité

\* 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 avez-vous observées 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/jour
	vraisemblablement dans	semaines à raison de heures/jour

---

**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 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:                      %

---

7.2 **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**  
Considérez-vous qu'un examen par un spécialiste en vue d'un deuxième avis médical serait opportun?

à partir du \_\_\_\_\_ charge de travail raisonnablement  
à raison de \_\_\_\_\_ heures/jour exigée: \_\_\_\_\_ %

Non  Oui

Si oui, dans quelle spécialité?

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

Non  Oui

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

---