

## Évaluation de la capacité de travail

---

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 :

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

3. Diagnostic médical

4. Traitement  
actuel/déroulement du  
traitement

---

**5. Médication y c. dosage**

---

**6. Capacité de travail dans l'activité actuelle**

---

|   |   |          |                            |                            |
|---|---|----------|----------------------------|----------------------------|
| 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 ?**

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

---

---

Dates de consultations :

---



---

**20. Quelles ressources sont disponibles pour une réinsertion ?**

---

Questions diverses

---

**21. 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

**22. Selon vous, un deuxième avis est-il pertinent ?**

Oui, quelle spécialisation ?

Non

**23.**

Date

Adresse du médecin

Prénom Nom

Adresse

Numéro RCC

Téléphone

E-Mail

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

---