

Rapport psychiatrique

Indemnité journalière maladie

Numéro d'assuré(e)

Début de l'incapacité de travail

Employeur

Personne assurée

Nom, prénom

Date de naissance

Sexe

Nationalité

Taux d'occupation

heures/semaine

Profession exercée

Début du traitement (Date)

1 Diagnostic(s) ICD-10, y c.
dépendances avec impact
sur l'incapacité de travail

2 Anamnèse

Quand et comment les troubles
sont-ils survenus pour la première
fois ? Évolution chronologique

2.1 Quelles maladies antérieures et
quels accidents influent sur le
processus de guérison ?

3 Résultat psychopathologique

(Merci de joindre une copie des résultats
de laboratoires récents, incl. Génotypage
ABCB1.)

4 Médication antérieure et actuelle

4.1 Intervalle de traitement jusqu'à
présent et futur

5 Efficacité thérapeutique jusqu'ici

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

6 Troubles/craintes subjectifs
(du point de vue de la personne assurée)

7 Quel est l'impact de la pathologie sur la vie quotidienne du patient (famille, loisirs et structure de la journée) ?

8 Ressources/résistance dans l'activité existante

9 Ressources/résistance dans l'activité adaptée

10 L'activité professionnelle actuelle est-elle raisonnablement exigible auprès d'un autre employeur ?

Oui Non prévue dès

11 Incapacité de travail (IT) à la place de travail actuelle

IdT en %	Incapacité de travail de :	Incapacité de travail à :	Capacité réduite en % dans l'activité d'origine	Capacité réduite en % dans l'activité adaptée
----------	----------------------------	---------------------------	---	---

Reprise du travail	prévue à partir de	à raison de	heures/jour
	vraisemblablement	semaines à raison de	heures/jour

12 Quelles mesures de soutien visant à la réinsertion professionnelle dans le processus de travail seraient utiles pour le patient ?

Lieu et date

Adresse du médecin

Téléphone

E-mail

Signature et timbre du médecin
(signature du psychiatre impérativement obligatoire)

RCC

IBAN

Annexe :

Lieu et date

Adresse du médecin

Téléphone

E-mail

Signature et timbre du médecin
(signature du psychiatre impérativement obligatoire)

RCC

IBAN
