

Rapport médical initial

Assurance-maladie / Indemnités journalières en cas de maladie

GLN

Cas

Droit Numéro de sinistre Début de l'incapacité de travail

Patient

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	NP / lieu	<input type="text"/>
Sexe	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Mail	<input type="text"/>
Profession exercée	<input type="text"/>	Temps de travail	<input type="text"/> h/j
Nationalité	<input type="text"/>		

Employeur

Entreprise	<input type="text"/>	Département	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	NP / lieu	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	Mail	<input type="text"/>

1. Premiers soins

Date	<input type="text"/>	Heure	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Lieu	<input type="text"/>
		Spécialité méd.	<input type="text"/>

2. Cause

Maladie Accident Maladie professionnelle Non définie
 Grossesse Date de naissance prévue

3. Anamnèse

a) Quand et comment les troubles se sont manifestés pour la première fois?

b) Le patient a-t-il été déjà auparavant traité en raison de ces troubles? oui non Si oui, où?

Rapport médical initial

Assurance-maladie / Indemnités journalières en cas de maladie

c) Thérapies suivies jusqu'à présent

d) Données subjectives du patient

e) Quels accidents et maladies précédents influencent le processus de guérison?

f) Autres informations

4. Constatations objectives

Atteinte morphologique

Atteinte fonctionnelle

Examens et procédés d'imagerie avec copies des diagnostics

Rapport médical initial

Assurance-maladie / Indemnités journalières en cas de maladie

5. Diagnostic(s)

Code CIM et éventuel(s) diagnostic(s) différentiel(s)

avec impact sur l'incapacité de travail

sans impact sur l'incapacité de travail

Limitation objective de l'activité actuelle

6. Autres facteurs

Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (p. ex. environnement professionnel, situation sociale, trajet jusqu'au travail, addiction) ?

oui non Si oui, lesquels?

7. Thérapie

a) Traitement actuel

b) Procédure/Propositions (diagnostic par imagerie, examen méd. spécialisé, traitements, etc.)

Rapport médical initial

Assurance-maladie / Indemnités journalières en cas de maladie

c) Le patient est-il/va-t-il être hospitalisé ou opéré?

oui non Si oui, où et quand?

d) Autres médecins, thérapeutes impliqués?

Nom Lieu
Depuis quand
Spécialité méd.

8. Incapacité de travail

Date de création	Tolérance exigible aux efforts (% de l'effort habituel)	Présence exigible dans l'entreprise (heures/jour)	évent. IT en %	Incapacité de travail du :	Incapacité de travail au :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La reprise du travail avant le week-end est-elle possible?

oui non

Reprise du travail prévue à partir de à raison de h/j
vraisemblablement dans semaines à raison de h/j

9. Dates des consultations

Dates des consultations anciennes

Prochain rendez-vous

10. Autres assureurs

D'autres fournisseurs de prestation sont-ils impliqués (LAA, caisse maladie, caisse de pension, etc.)?

oui non Si oui, lesquels?

Rapport médical initial

Assurance-maladie / Indemnités
journalières en cas de maladie

11. Remarques

En particulier en rapport avec le soutien à la réinsertion (p. ex. facilitation du travail, transport jusqu'au lieu de travail, soutien social ou des proches, autres mesures non médicales)

Médecin

Tél Fax
GLN RCC
eMail

Signature _____
inutile en cas d'envoi électronique

Date

**Transmission
électronique**