

## Rapport médical

Document à remplir par le **médecin-traitant** de l'assuré et à retourner à CAP Prévoyance dans les **15 jours** suivant son envoi.

### DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  Femme  Homme

Date de naissance : .....

Profession : .....

Employeur : .....

### MÉDECIN TRAITANT

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

NPA/Localité : .....

Téléphone : .....

Email : .....

### DONNÉES LIÉES A L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

**Cause de l'incapacité de travail :**

maladie

accident non professionnel

accident professionnel

maternité

Date du début de l'incapacité de travail : .....

Nombre d'heures hebdomadaires avant/après incapacité de travail : ..... h/ ..... h

**Description de l'atteinte :**

.....

Atteinte existant depuis : .....

L'atteinte a-t-elle été entièrement ou partiellement causée par un tiers :  oui  non

Limitations/restrictions fonctionnelles suite à l'atteinte :

.....

**Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :**

.....

Existant depuis : .....

**Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :**

.....

Existant depuis : .....

Incapacité de travail reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour :

..... % du ..... au .....

L'état de santé de l'assuré :  est stationnaire  s'améliore  s'aggrave

**L'activité exercée jusqu'à maintenant est-elle encore exigible :**  oui  non

Si oui, dans quelle mesure (heures par jour, %) :

.....

**Y a-t-il une diminution du rendement :**  oui  non

Si oui, dans quelle mesure : .....

**La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ou par l'aménagement du poste de travail :**  oui  non

Si oui, dans quelle mesure : .....

**Des mesures professionnelles sont-elles indiquées :**  oui  non

**Peut-on exiger que l'assuré exerce une autre activité :**  oui  non

Si oui, quelle genre d'activité : .....

**A quoi faudra-t-il être particulièrement attentif :**

.....

**Dans quelle mesure cette activité peut-elle être exercée (heures par jour) :** .....

Si plus aucune autre activité n'est exigible, quelle en est la raison :

.....

**La compliance est-elle optimale :**  oui  non

**Y a-t-il une bonne concordance entre les plaintes et vos examens cliniques :**  oui  non

Quelle est la date des 2 dernières consultations avant cet envoi : .....

Quel est le traitement en cours :

.....

**En cas de troubles psychiques, leur gravité nécessiterait-elle une prise en charge psychiatrique :**

oui  non

Si oui, une telle mesure a-t-elle été proposée :

oui  non

**Si une reprise partielle ou totale de travail n'est pas possible actuellement, peut-on envisager un retour au travail ultérieurement :**

oui  non

Si oui, dans combien de temps environ et à quel taux, si non, pourquoi :

.....

**Pensez-vous qu'un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail :**

oui  non

**Motivation pour la reprise du travail :**  bonne  moyenne  faible

**Traitement par le médecin-traitant :** du ..... au .....

Dernier examen effectué en date du : .....

Anamnèse :

.....

Plaintes subjectives :

.....

Constatations objectives :

.....

Examens médicaux spécialisés :

.....

Thérapie/Pronostic :

.....

Nature et importance du traitement actuel :

.....

Médication actuelle (y compris le dosage) :

.....

Recommandations pour la future thérapie :

.....

Taille (cm) : ..... Poids (kg) : .....

Exigences physiques en rapport avec l'activité **avant** l'atteinte (une croix par ligne).

	Base : 8h/jour				
	Jamais	Rarement 1-5% ou jusqu'à ½h	Parfois 6-33% ou ½h - 3½h	Souvent 34-66% ou 3½ -5¼h	Très souvent dès 67% ou dès 5½h
<b>Soulever et porter</b>					
Charge très légère (jusqu'à 5 kg) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Charge légère (5 à 10 kg) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Charge moyenne (10 à 25 kg) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Charge lourde (25 à 45 kg) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Charge très lourde (dès 46 kg) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Maniement d'outils</b>					
Léger/de précision (p.ex montage léger/clavier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyen (p.ex visser/percer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fort/travail manuel précis (p.ex atelier/menuiserie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Très fort (p.ex travaux de construction)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotation manuelle (p.ex travail au tournevis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Position/mobilité</b>					
Travail au-dessus de la tête (p.ex peintres/plâtriers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotation (p.ex caissières)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assise et penchée (p.ex couturière)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debout et penchée (p.ex menuisier/rabotage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A genoux (p.ex poseurs de tapis ou de sols)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Position de longue durée</b>					
Assise (p.ex travail de bureau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debout (p.ex coiffeurs, coiffeuses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Base : 8h/jour				
	Jamais	Rarement 1-5% ou jusqu'à ½h	Parfois 6-33% ou ½h - 3½h	Souvent 34-66% ou 3½ - 5¼h	Très souvent dès 67% ou dès 5½h
<b>Déplacement</b>					
En marchant (jusqu'à 50 m) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En marchant (dès 51 m) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En marchant (longs trajets) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche en terrain accidenté (p.ex chantiers/bûcherons)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter des escaliers .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalader des échelles .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Divers</b>					
Usage des deux mains .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Equilibre/marcher en équilibre .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Capacités fonctionnelles **après** l'atteinte :

<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Position assise ..... heures/jour
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Position debout ..... heures/jour
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Position identique pendant longtemps ..... heures/jour
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Alternance des positions assis/debout .....
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Alternance assis/debout/marche .....
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Position à genoux .....
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Inclinaison du buste .....
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Position accroupie .....
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Fonctionnement intellectuel normal .....
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Parcours à pied (prémètre de marche maximum) ..... mètres
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Utilisation des 2 bras – mains/gauche – droite complète/limitations .....
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Lever, porter ou déplacer des charges (poids raisonnable) ..... kg
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Se baisser .....

Capacités fonctionnelles **après** l'atteinte (suite) :

<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Mouvements des membres ou du dos (occasionnels/répétitifs) .....
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Horaire de travail irrégulier/de nuit/matin .....
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Travail en hauteur/sur une échelle .....
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Déplacement sur sol irrégulier ou en pente .....
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Comportement acceptable pour l'entourage .....

Environnement à éviter :  froid  bruit  poussière  .....

**OBSERVATIONS**

.....

**DÉCLARATION**

Le/la soussigné/e certifie avoir répondu de manière complète et véridique aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé.

CAP Prévoyance peut **réduire** ou **refuser** des prestations en cas de réponses incomplètes ou non-conformes à la vérité.

Lieu et date

Signature du médecin-traitant de l'assuré/e

.....

.....