

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

_____ % du au

_____ % du au

_____ % du au

_____ % du au

_____ % 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 - 5½h	Très souvent dès 67% ou dès 5½h
Soulever et porter					
Charge très légère (jusqu'à 5 kg)	☐	☐	☐	☐	☐
Charge légère (5 à 10 kg)	☐	☐	☐	☐	☐
Charge moyenne (10 à 25 kg)	☐	☐	☐	☐	☐
Charge lourde (25 à 45 kg)	☐	☐	☐	☐	☐
Charge très lourde (dès 46 kg)	☐	☐	☐	☐	☐
Maniement d'outils					
Léger/de précision (p.ex montage léger/clavier)	☐	☐	☐	☐	☐
Moyen (p.ex visser/percer)	☐	☐	☐	☐	☐
Fort/travail manuel précis (p.ex atelier/menuiserie)	☐	☐	☐	☐	☐
Très fort (p.ex travaux de construction)	☐	☐	☐	☐	☐
Rotation manuelle (p.ex travail au tournevis)	☐	☐	☐	☐	☐
Position/mobilité					
Travail au-dessus de la tête (p.ex peintres/plâtriers)	☐	☐	☐	☐	☐
Rotation (p.ex caissières)	☐	☐	☐	☐	☐
Assise et penchée (p.ex couturière)	☐	☐	☐	☐	☐
Debout et penchée (p.ex menuisier/rabotage)	☐	☐	☐	☐	☐
A genoux (p.ex poseurs de tapis ou de sols)	☐	☐	☐	☐	☐
Position de longue durée					
Assise (p.ex travail de bureau)	☐	☐	☐	☐	☐
Debout (p.ex coiffeurs, coiffeuses)	☐	☐	☐	☐	☐

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

Capacités fonctionnelles **après** l'atteinte :

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

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

☐ oui ☐ non	Mouvements des membres ou du dos (occasionnels/répétitifs)
☐ oui ☐ non	Horaire de travail irrégulier/de nuit/matin
☐ oui ☐ non	Travail en hauteur/sur une échelle
☐ oui ☐ non	Déplacement sur sol irrégulier ou en pente
☐ oui ☐ 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

.....

.....