

# Rapport médical initial

Assurance-maladie / Indemnités  
journalières en cas de maladie



**Vaudoise Générale,  
Compagnie d'Assurances SA**  
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Lausanne  
T 0800 811 911, F 021 618 85 16  
Email: medecin.conseil@vaudoise.ch

LAMal Numéro de sinistre \_\_\_\_\_

LCA Début de l'incapacité de travail \_\_\_\_\_

**Employeur** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Patient** Nom \_\_\_\_\_ N° AS \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Taux d'activité \_\_\_\_\_ Sexe  homme  femme

Profession exercée \_\_\_\_\_

**1. Premiers soins** Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_

Spécialité méd. \_\_\_\_\_

**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?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

Résultats d'examens médicaux et d'imagerie médicale (copies en annexe svp)

---

---

---

---

---

**5. Diagnostic(s)** Code CIM et éventuel(s) diagnostic(s) différentiel(s)

**avec impact** sur l'incapacité de travail

---

---

---

---

---

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

**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.)

---

---

---

---

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 \_\_\_\_\_

Spécialité méd. \_\_\_\_\_ Depuis quand \_\_\_\_\_

**8. Incapacité de travail**

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

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 ?

---

---

---

---

**11. Remarques**

---

---

---

---

---

Lieu et date

Adresse de médecin

Signature de médecin (superflu si envoi électronique)

EAN

CSCM

T \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Envoyer

Imprimer