*-*

**FOR1629**  **Rapport médical**

A facturer selon TARMED sur FOR1628

**Nom et prénom: **

**Date de naissance:  Profession: **

**Date début de l’AT:  Taux actuel d’incapacité:% (*du taux contract.***  ***ou 100%*** ***)***

**Atteinte(s) à la santé (Diagnostics):**

|  |  |
| --- | --- |
| *1.**……………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………..* | *3.**……………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………..* |
| 2.     …………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………….. | 4.     ……………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………. |

**Motif de l’incapacité de travail:**     …………………………………………………………………………………………….

**L'absence est-elle liée à une problématique professionnelle ?:**  oui  non

**Mesures thérapeutiques instaurées et traitement actuel/ évolution depuis le dernier rapport:**      ………………………………………………………………………………………………………………………………...….…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Situation psychosociale (facteurs contextuels favorables/défavorables):**     ……………………………………….

**Consommation d’alcool/stupéfiants/médicaments psychotropes:**     ……………………………………………......

**Aptitude à conduire:**  oui  non

**Pronostic de reprise** **au poste actuel** **(en %) à court terme (1 à 3 mois):**     ………………………………………

**à moyen terme (3 à 6 mois):**     …………………………………….

**à long terme (6 mois ou plus):**     ………………………………….

* **pour les enseignant-e-s: à la prochaine rentrée scolaire:**     …………………………………………………....
* **pour les policiers: aptitude au port d’arme:**     …………………………………………………………………….

**A votre avis, une adaptation du poste de travail est-elle nécessaire ?:** oui  non

* **Si oui de quelle nature ?**     ……………………………………………………………………………………………

**A votre avis, cette adaptation permettrait-elle une reprise plus précoce du travail ?**

oui  non

**Dépôt de demande AI (rente/mesures professionnelles**) **?**     ………………………………………………………….

**Si rente AI existante, quel pourcentage ?**     ………………………………………………………………………………

**Autres remarques / propositions visant à favoriser la réinsertion :**     …………………….....................................

**Lieu, date:**     ……………………………………**Timbre et signature du médecin:**