

Caisse de prévoyance de la proparis Fondation de prévoyance arts et métiers Suisse, Berne

**Questions complémentaires concernant l'incapacité de travail**

Pour le service médecin de Caisse de pensions.

**1. Données personnelles**

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Rue, n°, NPA, localité:

Sexe:

féminin

masculin

Etat civil:

Numéro d'assurance sociale:

**2. Données professionnelles**

Employeur

Activité professionnelle  
actuelle?

Profession apprise?

**3. Depuis quand l'existence de la maladie a-t-elle été constatée et le diagnostic connu de la personne assurée?**

Maladies ou accidents antérieurs?

4. Quand exactement une incapacité de travail en rapport avec cette maladie est-elle survenue pour la première fois?


Depuis quand existe-t-il une incapacité de travail d'au moins 20% attestée médicalement?


---

5. Veuillez joindre les copies des rapports existants du convivium et/ou relatifs à l'évolution du traitement du patient, ou indiquer l'adresse des médecins consultés.


Veuillez joindre les copies des rapports d'opérations, d'évolution et de sortie du patient, ou indiquer l'adresse des médecins consultés ou des hôpitaux.


---

6. Existe-il des motifs non médicaux ayant une influence sur la capacité de travail (p. ex. contrat de travail, perte d'emploi, contexte social, etc.)?

Oui  Non

Si Oui, lesquels?


Par quels facteurs concrets la capacité de travail est-elle restreinte?


7. En est-il résulté une autre nouvelle cause d'incapacité de travail?  Oui  Non

Si Oui, laquelle?


Maladie  Accident

Diagnostic et/ou code ICD?

--

Quand précisément apparurent les premiers symptômes?

--

En cas d'accident: date et type d'accident?

--

Evolution et pronostic depuis votre dernier rapport?


8. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médico-thérapeutiques ou d'une autre nature?  Oui  Non

Si Oui, lesquelles?


9. Du point de vue médical, un reclassement professionnel doit-il être examiné?  Oui  Non

Quelle forme devrait prendre ce reclassement professionnel?


Des mesures professionnelles ont-elles été déjà demandées à l'AI ou à l'assureur-accidents?

Oui  Non

Si Oui, quand et où?


10. Quelles activités adaptées à son handicap peut-on raisonnablement encore envisager pour la personne as-surée, en tenant compte de ses restrictions pour cause de santé?

  
  


Veuillez les classer par catégories Taux d'activité/ Rendement:

			A quel taux d'activité?			Pour quel rendement?
	Oui	Non	Temps plein ( X )	Temps partiel ( X )	Nombre h. / par semaine	( % )
Activités en position assise uniquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Activités en position debout uniquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Activités avec de nombreux déplacements à pied (terrain accidenté?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Activités soumises à de nombreux changements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Travail en position courbée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Travail les bras en l'air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Travail en position accroupie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Travail à genoux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Travail soumis à des rotations en position assise et debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Travail avec activités de levage/ portage (près/loin du corps?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Travail sur échelles/échafaudages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Montées d'escaliers (fréquentes?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres activités?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Depuis quand les indications s'appliquent-elles?

Existe-il des points particuliers à prendre en considération (p. ex. augmentation graduelle de la capacité de travail, place de travail calme)?

  


Des moyens auxiliaires sont-ils indiqués ?

Oui  Non

Si Oui, lesquels?

  


Quelles activités partielles (exemples....?) ne sont plus du tout envisageables

**11. AI/AM/assureur-accidents**

Une annonce a-t-elle été faite dans l'intervalle?  Oui  Non

Si Oui, quand?

Si Oui, auprès de qui?

AI  AM  Assureur-accidents

Nom de l'assureur-accidents?

Nom d'un autre assureur éventuel?

No du dossier (si disponible)?

**Si encore aucune annonce à l'AI/AM/ assureur- accidents:**

Celle-ci est-elle prévue?  Oui  Non

Si Oui, quand?

Si Non, pourquoi?

---

**12. Avez-vous établi des rapports à cet effet?**  Oui  Non

**Avez-vous déjà établi des rapports pour d'autres organismes?**  Oui  Non

Si Oui, pour lesquels? Quand?

**Veillez joindre des copies!**

---

**13. A-t-il été procédé à un dosage de médicaments?**  Oui  Non

Résultat?

---

**14. Les indications thérapeutiques sont-elles sérieusement suivies par le patient?**  Oui  Non

Si Non: motifs éventuels?

**15. Informations supplémentaires, compléments et propositions?**


**Honoraires versés  
au médecin**

- Rapport succinct CHF 60.-     Rapport détaillé CHF 80.-     Rapport nécessitant beaucoup  
de temps CHF 140.-

**Prière de joindre un bulletin de versement!**

--

Lieu, date

\_\_\_\_\_  
Timbre et signature du médecin