



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	☐	☐	☐	☐		
Activités en position debout uniquement	☐	☐	☐	☐		
Activités avec de nombreux déplacements à pied (terrain accidenté?)	☐	☐	☐	☐		
Activités soumises à de nombreux changements	☐	☐	☐	☐		
Travail en position courbée	☐	☐	☐	☐		
Travail les bras en l'air	☐	☐	☐	☐		
Travail en position accroupie	☐	☐	☐	☐		
Travail à genoux	☐	☐	☐	☐		
Travail soumis à des rotations en position assise et debout	☐	☐	☐	☐		
Travail avec activités de levage/portage (près/loin du corps?)	☐	☐	☐	☐		
Travail sur échelles/échafaudages	☐	☐	☐	☐		
Montées d'escaliers (fréquentes?)	☐	☐	☐	☐		
Autres activités?	☐	☐	☐	☐		

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?

Veuillez 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