

Description du poste de travail		Document de base pour le certificat médical détaillé d'incapacité de travail	
<b>Personne (assurée):</b> Nom:		Prénom:	
Rue:		NP, lieu:	
No d'assurance sociale:		Sexe:	Date de naissance:
Cas annoncé à l'assureur: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, comme:			
Assureur:		Numéro de sinistre:	
<b>Description du poste de travail</b>			
<b>Tâches principales:</b> activité professionnelle actuelle:			
Particularités:			
Temps de travail de la personne h/semaine: ou taux d'activité en %:		Emploi à plein temps normal dans l'entreprise h/semaine: Remarques:	
<b>Conditions spéciales/ Cadre de travail:</b>			
<input type="checkbox"/> Position de travail assise	<input type="checkbox"/> Bruit	<input type="checkbox"/> Soulever < 5kg	
<input type="checkbox"/> Position de travail debout	<input type="checkbox"/> Température élevée, basse, vapeurs	<input type="checkbox"/> Soulever > 5kg	
<input type="checkbox"/> Position de travail assise-debout	<input type="checkbox"/> Odeurs	<input type="checkbox"/> Soulever < 10kg	
<input type="checkbox"/> Travail à l'écran	<input type="checkbox"/> Exposition aux poussières	<input type="checkbox"/> Soulever > 15kg (en partie)	
<input type="checkbox"/> Activité de contrôle visuel	<input type="checkbox"/> Activité obligeant souvent le corps à se tourner	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Contact avec la clientèle	<input type="checkbox"/> Emploi précis de la main impliquant un gros effort	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Travail en équipe	<input type="checkbox"/> Risque élevé d'accident pour employés entravés	<input type="checkbox"/>	
<b>Temps de travail:</b>			
<input type="checkbox"/> Travail de jour fixe	<input type="checkbox"/> Travail de nuit nécessaire	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Travail de jour à horaires variables	<input type="checkbox"/> Travail de nuit uniquement	<input type="checkbox"/>	
<b>Poste de travail ménageant la santé:</b> <input type="checkbox"/> existant <input type="checkbox"/> possible seulement temporairement <input type="checkbox"/> inexistant			
Remarques:			
<b>Prise de contact:</b> par le médecin <input type="checkbox"/> souhaitée par l'assurance <input type="checkbox"/> effectuée le:			
<b>Remarques:</b>			
<b>Interlocuteur chez l'employeur:</b>		Employeur:	
Nom / Prénom:			
Fonction:		Date:	
Tél. direct: courriel:		Signature:	
<b>Consentement de la personne (assurée):</b>		Signature de la personne (assurée):	
J'accepte que mon médecin (nommé ci-dessus) informe mon employeur au moyen du formulaire "Certificat médical détaillé d'incapacité de travail pour l'employeur" (sans diagnostic, sans résultat). Ces informations peuvent être transmises à l'assureur concerné.		Date:	
		Signature:	

à remplir par l'employeur

La forme masculine utilisée désigne aussi bien les femmes que les hommes.



**Swiss Insurance Medicine**  
 Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz  
 Communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances  
 Comunità d'interessi svizzera medicina assicurativa