

Rapport psychiatrique intermédiaire

pour les médecins sans spécialisation en psychiatrie

Personne assurée	Nom, prénom	
	Date de naissance	No d'assuré(e)
1	Diagnostic(s) CIM-10?	
2	Quels constats avez-vous établis?	
3	Quels sont les troubles évoqués qui entravent la reprise du travail ou une augmentation du temps de travail?	
4	Quelles sont les mesures thérapeutiques appliquées?	<input type="checkbox"/> Psychothérapie, fréquence des séances de thérapie <input type="checkbox"/> Désignation des médicaments et dosage <input type="checkbox"/> Autres
5	Déroulement de la maladie: quels progrès ont été accomplis?	
6	Le patient a-t-il été adressé à un psychiatre?	<input type="checkbox"/> Non. Pour quelle raison? <input type="checkbox"/> Oui. Adresse du psychiatre.
7	Pronostic quant au déroulement de la maladie et à la capacité de travail?	
8	Remarques	

Personne assurée

Nom, prénom

Date de naissance

No d'assuré(e)

Lieu et date

Timbre et signature du médecin

X

X