

Zone pour  
le timbre du médecin

### Certificat d'incapacité de travail

Le médecin soussigné, certifie que

Madame / Monsieur : .....

Date de naissance (jj mm aa) : .....

Fonction : ..... Taux d'occupation : .....%

est en incapacité de travail pour cause de :

- Maladie                       Accident                       Maternité  
 Enfant malade nécessitant la présence d'un de ces parents  
 Motif indéterminé qui sera clarifié lors de la prochaine consultation

#### Taux de l'incapacité de travail

100 %, dès le .....

..... %, dès le .....

qui correspond à une capacité de travail résiduelle de

..... jours par semaine à un rendement de ..... %

..... matins et ..... après midi par semaine à un rendement de ..... %

..... heures maximales par jours à un rendement de ..... %

#### Durée de l'incapacité

La durée probable de l'incapacité est de ..... jours

La durée de l'incapacité, est pour l'instant indéterminée. Elle sera réévaluée lors de la prochaine consultation qui aura lieu le .....

Certificat d'incapacité de travail a été établi à la demande de la patiente/du patient, en sa présence, et à l'attention de son employeur. Il a été remis en mains propres. *(En cas d'absence, affirmez ce qui ne convient pas)*

Lieu et Date : .....

Signature manuscrite : .....

Modèle de certificat d'incapacité de travail, devra être copié en collaboration avec la Société Médicale du Valais

**suvacare**

### Annexe au certificat d'incapacité de travail

(Cette annexe au certificat est optionnelle et ne peut être complétée qu'avec l'accord expresse du patient/ de la patiente. Elle ne doit être communiquée qu'à l'employeur et/ou aux autres personnes qui y sont explicitement mentionnées).

#### Nature des limitations

- Il n'y pas de contre-indication médicale à un éventuel déplacement de Madame / Monsieur à l'étranger. (Une autorisation formelle de son employeur demeure cependant nécessaire).
- Les activités suivantes restent possibles durant cette incapacité :
- Mentionnez ici les activités professionnelles que la personne en incapacité peut encore faire jusqu'à l'établissement du prochain certificat. Cette rubrique devrait se compléter au travers d'une discussion avec le patient autour de ses activités professionnelles habituelles.*
- .....
- .....
- .....
- L'existence d'un poste de travail adapté transitoire correspondant aux tâches ci-dessus pourrait permettre la reconsidération du présent certificat.

#### Mesures d'accompagnement éventuelles :

Le soussigné déclare autoriser le médecin signataire à avoir un entretien avec :

- son employeur, Mme/M. ....
- son conseiller AI /ORP, Mme/M. ....
- son assistant social, Mme/M. ....
- Mme/M./Dr / le médecin conseil .....

Ceci, afin d'envisager les éventuelles mesures d'accompagnements qui pourraient être mises en place pour faciliter une reprise du travail.

Pour ce faire, le médecin signataire

- prendra directement contact avec la(les) personne(s) désignée(s)
- sera atteignable au (0..... /.....) le (j/j mm aa)..... de ..... h à ..... h.
- propose un rendez-vous à son cabinet le (j/j mm aa)..... de ..... h à ..... h.
- .....

Pour accord :

Lieu et Date : .....

Signature de Madame / Monsieur

Signature du médecin

Modèle de certificat d'incapacité de travail développé en collaboration avec la Société Médicale du Valais

# Exemple

Patient 48 ans, portugais, maçon, vous consulte pour des lombalgies aiguës droites.

L'examen montre une importante contracture para-lombaire droite, un faux Lasègue à 70°, pas de limitation de hanche, pas d'irradiation dans le MI droit, mais une douleur vive à la pression sur le haut de la sacro-iliaque, sur le trajet du ligament ilio-lombaire, sur les épineuses L4-L5 (+ transverses) et une contracture para-vertébrale droite.

TTT :

- ◆ mobilisation manuelle
- ◆ antalgie
- ◆ repos
- ◆ AINS ou antalgiques
- ◆ injection