**Personnel/confidentiel**

Lausanne,

NomPrénomDate de naissance

Adresse

Numéro d'assurance

Madame, Monsieur,

Nous vous informons de l’examen du date de l'assuré susmentionné, au moyen d'une évaluation de la capacité de travail par un médecin spécialiste (ACT). Cette évaluation comprend un entretien structuré, un examen clinique ainsi que l'évaluation des examens d'imagerie et des dossiers disponibles. Les résultats, les recommandations et les conclusions ont étés discutés avec l'assuré.

##### Diagnostic

*Diagnostics ayant un impact sur la capacité de travail :*

*Diagnostics sans effet sur la capacité de travail :*

##### Évaluation et prévisions

##### Recommandations sur les mesures médicales et thérapeutiques à prendre

##### Profil exigible

##### Capacité de travail

###### Activité habituelle

###### Activité adaptée

###### Capacité de travail temporaire

###### Influence d'éventuelles mesures médico-thérapeutiques

Dr méd.

# Résumé des résultats

## Anamnèse (selon le dossier)

## Anamnèse personnelle

## Anamnèse sociale

**Vie privée :**

**Situation professionnelle :**

**Exigences du travail :**

Base:

□ Description du travail de l'employeur

□ Certificat REP/ SIM

□ Allégués du patient

## Tableau clinique actuel

**Troubles liés au travail :**

## Médicaments actuels

## Résultats de l’examen:

### **État général:**

**Colonne vertébrale :**

**Lombaire :**

**Thoracique :**

**Cervicale :**

**Membres supérieurs :**

**Membres inférieurs :**

**Statut neurologique :**

**Signes de Waddell :**

## Imagerie