

1) Nom et prénom du médecin traitant : _____
(en caractères d'imprimerie s.v.p.)
Adresse du médecin traitant : _____

2) Nom et prénom de la victime : _____
Adresse de la victime : _____

3) Date de l'accident : _____

4) Date et heure du premier examen médical : _____ h _____

5) Lésions : _____
(indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes)

6) Où la victime est-elle soignée ? _____

7) La victime peut-elle se déplacer ? ☐ Oui ☐ Non

8) Durée probable du traitement : _____

9) Conséquences probables de l'accident : _____
Incapacité temporaire totale de travail _____ jours, soit du _____ au _____
Incapacité temporaire partielle de travail _____ jours, soit du _____ au _____ à _____ %
Prévoyez-vous une guérison complète ? ☐ Oui ☐ Non

10) Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté à la rubrique 6 ? ☐ Oui ☐ Non

11) Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, lequel ? _____

12) A. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, laquelle ? _____

Dans quel établissement et par quel chirurgien ? _____

B. Une radiographie de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ? ☐ Oui ☐ Non
Par quel radiologue ? _____

C. Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ? ☐ Oui ☐ Non

13) Observations : _____

Fait à

le

Signature,