

1) Nom, prénom et _____
(en caractères d'imprimerie s.v.p.)

adresse du médecin traitant _____

2) Nom, prénom et _____

adresse de la victime _____

3) Date de l'accident _____ - _____ - _____

4) Date et heure du premier examen médical _____ - _____ - _____ heure _____ 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,