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

Adresse du médecin : _____

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 4 ? ◯ 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,