

Rapport médical des dommages d'accident de _____

Date de naissance :

Numéro de dossier :

1.1 Quand l'accidenté est-il venu vous consulter (Date, heure) ?

.....

1.2 Qui a soigné le blessé avant vous ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.1 Quel résultat avez-vous constaté lors de l'examen initial ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.2 Que dit le diagnostic scientifique /médical ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.3 Des examens spécifiques ont-ils été réalisés ? Comme par exemple:

Radiographie () oui, le () non

Scanographie () oui, le () non

IRM () oui, le () non

Résultat(s):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.1 Quelles mesures médicales étaient indiquées, vivement conseillées ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.2 Le patient a-t-il suivi son traitement régulièrement ?

() oui () non

3.3 Comment a évolué son état de santé ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.4 Le patient a-t-il été hospitalisé ?

() oui, du au () non

Si oui, où ?

.....

3.5 Quel jour avez-vous traité le patient en ambulatoire ?

.....

4.1 Quand avez-vous vu pour la dernière fois la personne accidentée ?

.....

4.2 Le traitement est-il déjà terminé ?

.....

4.3 Quelles autres mesures de santé sont encore nécessaires ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5.1 Activité professionnelle du patient avant l'accident :

.....

5.2 Dégradation de la capacité de travail due à l'accident (sont également concernés par cette question les retraités et femmes/hommes au foyer) :

de.....%	du.....	au.....
de.....%	du.....	au.....
de.....%	du.....	au.....
de.....%	du.....	au.....

5.2.1 Dégradation de la capacité de participation aux tâches ménagères en raison de l'accident

de.....%	du.....	au.....
de.....%	du.....	au.....
de.....%	du.....	au.....
de.....%	du.....	au.....

5.3 Avez-vous délivré un certificat d'incapacité de travail ?

() Oui, le..... () non

.....

5.4 Le patient est-il à nouveau en état d'exercer pleinement son activité ?

() oui, depuis le..... () non

6.1 La **possibilité** d'un dommage permanent demeure-t-elle ?

() oui () non

6.2 Où pourrait être localisé un éventuel dommage permanent ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.3 De quelle ampleur est la dégradation permanente, selon vous ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7.1 Jusqu'à quel point l'activité en milieu familial est-elle limitée ?

.....

.....

() oui () non

.....

.....

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school writing paper. The lines are evenly spaced and run across the entire width of the page. There are no margins, text, or other markings present.

10.1 Tarif pour ce rapport et indication des coordonnées bancaires ainsi que le nom du bénéficiaire

.....

Lieu et date :

Signature et tampon du médecin :