

- 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 : _____ 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,