

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 :

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

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 dûe 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

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

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 ?

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

7.2 Pouvez-vous réaliser les activités d'entretien de la maison, particulièrement difficiles comme nettoyer, étendre le linge, laver les carreaux ou encore jardiner ?

() oui

() non

.....

8.1 Le blessé peut-il sortir seul ou a-t-il besoin d'une aide extérieure ?

.....
.....

8.2 Le cas échéant, depuis quand ?

.....
.....

9.1 Espace pour annotations médicales et divers renseignements

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

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: