

Rapport médical initial

Assurance-accidents

LAA
 LCA

Numéro de sinistre:
Date/heure de l'acc.:

Employeur

Patient

Prénom: N° AS:
Nom: Date de naissance: Sexe:
Temps de travail: h/j Nationalité:
Profession exercée:

1. Premiers soins

Date: Heure:
Nom: Lieu:
Spécialité méd.:

2. Indications du patient

Déroulement de l'accident et plaintes. Rechute?

3. Etat général

Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (par ex. maladies antérieures, accidents, circonstances sociales)?

oui non

Si oui, lesquelles?

4. Constatations objectives

Constatations radiologiques:

5. Diagnostic(s)

Code CIM et éventuel(s) diagnostic(s) différentiel(s):

6. Suites de l'accident

Les constatations mentionnées au chiffre 4 concordent-elles avec l'événement invoqué par le patient et semblent-elles plausibles?

oui non

7. Thérapie

a) Procédure/Propositions (poursuite du traitement, radiographies, examen par le médecin d'arrondissement, etc.):

b) Le patient est-il hospitalisé?

oui non

Si oui, où?

8. Incapacité de travail

Tolérance exigible aux efforts (% de l'effort habituel):	Présence exigible dans l'entreprise (heures/jour):	évent. IT en %:	Incapacité de travail du:	Incapacité de travail au:

La **reprise** du travail **avant le week-end** est-elle possible?

oui non

Reprise du travail: prévue à partir de:

à raison de h/j

vraisemblablement dans: semaines

à raison de h/j

9. Traitement terminé

oui le:

non probablement dans semaines

10. Remarques

Lieu et date:

Adresse de médecin:

Signature de médecin:

(superflu pour envoi électronique)

EAN:

CSCM:

Tél.:

e-mail: