

Rapport médical des dommages d'accident de _____

Patient, 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 Le blessé peut-il 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 (IBAN / BIC) ainsi que le nom du bénéficiaire

.....

Lieu et date:

Signature et tampon du médecin: