**Rapport complémentaire détaillé sur le genou (à remplir par le médecin traitant)**

|  |
| --- |
| **Personne assurée**  |
| N° de sinistre |       | Patient n°      | Evénement du:       |
| Nom, prénom |       |
| Date de naissance |       |
| Localité / NPA |       |

|  |
| --- |
| 1. **Déroulement et description de l’accident**

Rendu exact de la description du patient. En cas d’indications imprécises, comme « entorses ou foulures » ou encore contusions, il faut poser des questions complémentaires sur le déroulement des faits afin d’obtenir une image la plus fidèle possible de l’événement. |
|       |
| Réactivité intacte (év. déficit neurologique, alcool, drogues)? [ ]  oui [ ]  nein |

|  |
| --- |
| 1. **Comportement juste après l’événement**
 |
| La personne concernée a-t-elle dû cesser son activité juste après l’événement ? [ ]  oui [ ]  non |
| La personne accidentée a-t-elle eu besoin d’aide ? [ ]  oui [ ]  non |
| Qu’a-t-elle ressenti au genou ? [ ]  Déchirure [ ]  Claquage Knall [ ]  Aucun ressenti |
| Gêne à la marche immédiatement après l’accident ? [ ]  Forte [ ]  Légère [ ]  Aucune |
| Poursuite des activités [ ]  Sans handicap [ ]  Avec léger handicap [ ]  Avec fort handicap |
| Quand les premières douleurs ont-elles été ressenties ? [ ]  Douleurs immédiates et fortes [ ]  Douleurs progressives avec le temps [ ]  Peu de douleurs à aucune douleur |
| Evolution de la douleur : [ ]  Accentuation [ ]  Diminution au fil des jours [ ]  Intensités différentes |
| Gonflement du genou : [ ]  Après quelques heures [ ]  Le lendemain [ ]  Pas de gonflement du genou |
| Première visite chez le médecin le       |
| Particularités :       |

|  |
| --- |
| 1. **Evolution des douleurs**
 |
| Quelles douleurs subjectives et restrictions des capacités sont signalées (au quotidien, au travail, lors de l’exercice d'un sport) au fil du temps :       |
| Localisation des douleurs ?       |
| Comment les fonctions corporelles évoluent-elles (incl. capacité de travail) au cours des jours, semaines et mois suivants ? Amélioration ? Détérioration ? Evolution par épisodes ?      |
| Particularités :       |

|  |
| --- |
| 1. **Activités professionnelles et sportives du patient**
 |
| Le patient exerce-t-il des activités particulières dans le cadre de sa profession, du sport et de ses loisirs qui sollicitent le genou (travail impliquant souvent une position accroupie, rotations fréquentes ou sollicitations stop-and-go, sports impliquant des contacts en équipe ou sports de combat) ? [ ]  oui [ ]  nonSi oui : de quelles activités s’agit-il et combien de temps ont-elles été exercées ?      |

|  |
| --- |
| 1. **Anamnèse de la famille et du patient**

 (Si vous avez connaissance du fait que le patient **avait déjà mal au genou** avant l’événement assuré, nous vous prions de joindre un **extrait du dossier médical** ou une **copie des anciens rapports médicaux**). |
| Des membres de la **famille** (parents, frères et sœurs) ont-ils subi des opérationspour cause de lésion du ménisque ou arthrose  ? [ ]  oui [ ]  non |
| L’autre genou présente-t-il des anomalies ? [ ]  oui [ ]  nonSi oui, lesquelles ?       |
| Le patient souffrait-il déjà du genou ou présentait-il des problèmes au genou avant l’événement assuré ? [ ]  oui [ ]  non |
| La jambe concernée a-t-elle déjà été accidentée et le genou a-t-il été touché lors de ces accidents ? [ ]  oui [ ]  non Année de l’accident :       |
| Opérations du genou concerné ? [ ]  oui [ ]  nonType d'opération du genou       |
| Particularités (notamment autres pathologies antérieures ayant un impact sur les troubles considérés) :       |

|  |
| --- |
| 1. **Constat médical lors de l’examen du :**

 (Nous vous prions de joindre une **copie du rapport** ou **l’extrait du dossier médical**) |
| Démarche :       |
| Fonctions complexes (position accroupie possible par ex.?) :       |
| Mobilité du genou en flexion / extension :       |
| Stabilité du genou :       |
| Douleurs à la palpation :       |
| Douleurs à l’examen, spécialement en torsion :       |
| Epanchement articulaire [ ]  ja [ ]  neinPonction articulaire (si utile) le :       Liquide synovial : [ ]  jaune claire [ ]  avec traces de sang [ ]  trouble |
| Remarques / particularités :       |

|  |
| --- |
| 1. **Imagerie**

 (Nous vous prions de joindre une **copie des rapports d’examen correspondants.**) |
| **Rapports IRM du**       antéro-postérieur sur une seule jambe : [ ]  oui [ ]  non(Si possible, comparaison des deux côtés)Résultat (indications de pathologies préexistantes ?) :       |
| **IRM (si nécessiare / utile) du**      Ergebnis:       |
| Ménisque :       |
| Cartilage :       |
| Ligaments :       |
| Présomptions de contusion osseuse (*bone bruise*) ? [ ]  oui [ ]  non |
| Présomptions d’autres lésions associées ? [ ]  oui [ ]  non |
| Autre réponse ?       |
| Remarques / particularités :       |

Lieu / date :       Signature et timbre du médecin :

Ce Rapport complémentaire peut être transmis à l’assureur

compétent et facturé CHF 100.-.

Association Suisse d’Assurance ASA