**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  non  Si 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 opérations  pour cause de lésion du ménisque ou arthrose  ?  oui  non |
| L’autre genou présente-t-il des anomalies ?  oui  non  Si 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  non  Type 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  nein  Ponction 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 facturé CHF 100.-.

Association Suisse d’Assurance ASA