

Questionnaire sur l'évolution après un traumatisme d'accélération crano-cervical

en complément à la fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crano-cervical

Ce questionnaire ne doit être complété qu'à la demande expresse de l'assureur.

Merci de répondre à toutes les questions!

Numéro d'accident / assuré / référence / sinistre

Assurance

1 | Données du patient

Nom Prénom

Date de naissance (jj. mm. aaaa) Femme Homme

Accident du Date Heure

Première consultation le Date Heure

Poursuite du traitement auprès de Nom

Lieu

2 | Indications du patient sur l'évolution des symptômes depuis l'établissement du formulaire de documentation initial (annexe)

	Non	Oui, immédiatement	Oui, après ... heures (indiquer le nombre d'heures)	Mentionné spontanément	Mentionné sur demande	Intensité des douleurs 0 = pas de douleurs 10 = insupportable	Irradiation des douleurs Où?
Céphalées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Douleurs de nuque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Troubles de l'audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Troubles de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Autres symptômes Non Oui, depuis

Lesquels?

Les autres symptômes ont été mentionnés spontanément mentionnés sur demande

Maux nécessitant un traitement avant l'accident: évolution depuis l'accident

Tête (y c. migraine) inchangé aggravé amélioré

Nuque inchangé aggravé amélioré

Dos inchangé aggravé amélioré

Yeux inchangé aggravé amélioré

Audition inchangé aggravé amélioré

Psychisme inchangé aggravé amélioré

Autres, préciser: inchangé aggravé amélioré

3 | Examen médical

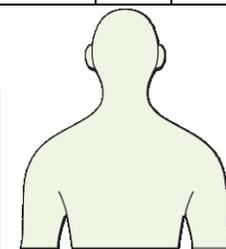
Taille Poids

a) Douleurs / mobilité de la colonne cervicale (active, c'est-à-dire mouvements effectués par le patient)

	Mobilité		Douleur	
	Distance menton-sternum		Non	Oui
Flexion	Distance menton-sternum	cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extension	Distance menton-sternum	cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotation à droite		degrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotation à gauche		degrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinaison latérale droite		degrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinaison latérale gauche		degrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Douleurs à la pression Non
 Oui. Localisation (cocher les endroits douloureux):

Remarques:



Douleurs au repos Non Oui

Douleur au choc Non Oui, sans irradiation.

Oui, avec irradiation. Où?

b) Douleurs / limitation fonctionnelle d'autre localisation

Non Oui. C'est-à-dire:

c) Examen neurologique

Réflexes tendineux Normaux Pathologiques. Lesquels?

Force musculaire Normale Parésies. Lesquelles?

Paresthésies Non Oui. Lesquelles?

Déficits sensitifs Non Oui. Lesquels?

Test de Romberg Sûr Oscillations Déviation à droite Déviation à gauche

Test d'Unterberger Normal Pathologique vers la droite Pathologique vers la gauche

Définition de pathologique = Déviation > 45° après 50 pas

Autres signes neurologiques pathologiques (p. ex. nerfs crâniens):

d) Examens par imagerie médicale

non oui, préciser:

e) Autres constatations ou éléments frappants (y c. psychiques)

non oui, préciser:

4 | Tendances à l'amélioration

Une amélioration se dessine-t-elle? non faible nette

Le processus de guérison actuel diffère-t-il de l'évolution attendue lors de la première consultation?

non oui, motif:

5 | Diagnostic actuel

	Degré	Présentation clinique
<input type="checkbox"/>	0	Pas de douleurs de nuque, pas de symptômes somatiques
<input type="checkbox"/>	I	Douleurs de nuque avec douleurs / raideurs, ou uniquement douleurs, pas de signes somatiques, mobilité normale
<input type="checkbox"/>	II	Douleurs de nuque et troubles ostéo-musculaires (y c. baisse de mobilité et douleurs ponctuelles à la pression)
<input type="checkbox"/>	III	Douleurs de nuque et troubles neurologiques (y c. réflexes ostéotendineux affaiblis ou absents, faiblesse musculaire et troubles de la sensibilité)
<input type="checkbox"/>	IV	Douleurs de nuque et fracture ou dislocation

Diagnostic(s) différentiel(s)*:

Diagnostic(s) supplémentaire(s):

Autre(s) éclaircissement(s):

* Répond aux exigences /commentaires selon l'arrêt du tribunal fédéral ATF 134 V 109

6 | Traitement / mesures prescrites

Pas de traitement Analgésiques (paracétamol, etc.)

AINS topiques Opioïdes

AINS systémiques Physiothérapie active

Autres mesures, c'est-à-dire:

Faut-il accorder une attention particulière à certains aspects médicaux lors de l'insertion?

Des motifs justifiés médicalement s'opposent-ils au signalement à l'AI aux fins d'un enregistrement précoce?

7 | Capacité de travail

Activité professionnelle actuelle: Taux d'occupation: %

Avec effort physique Avec effort physique partiel Sans effort physique (travail de bureau)

Situation psychosociale /socioculturelle

Incapacité de travail du au

Degré raisonnable d'intensité du travail (en pour-cent de l'intensité habituelle)

Présence raisonnable à l'entreprise (heures par jours)

En cas de capacité de travail partielle: Peut-on escompter une augmentation ultérieure de la capacité de travail?

Le patient / la patiente a-t-il / elle effectué des essais de reprise du travail?

Prochaine évaluation de la capacité de travail: date (jj. mm. aaaa)

8 | Remarques supplémentaires

Lieu et date:

Timbre et signature: