

Merci de répondre à toutes les questions!

Assurance

Nom	Prénom
-----	--------

Date de naissance (jj.mm.aaaa)

☐ Femme ☐ Homme

Accident du : _____ Date : _____ Heure : _____

Première consultation le Date : Heure :

Admission en ambulance? ☐ Non ☐ Oui. Veuillez joindre une copie du compte-rendu d'ambulance.

Poursuite du traitement auprès de		Nom

Lieu

Indications données ☐ Par le patient ☐ Par des tiers. Qui?

Indications données ☐ Par le patient ☐ Par des tiers. Qui?

Type d'accident ☐ Collision arrière ☐ Collision latérale ☐ Collision frontale

☐ Autre type d'accident. Lequel:

☐ Conducteur ☐ Passager avant ☐ Passager arrière

Choc de la tête ☐ Non ☐ Oui, contre l'appuie-tête

☐ Oui, hors de l'appuie-tête. Où?

S'attendait à la collision ☐ Oui ☐ Non

Position de la tête ☐ Droite, en avant (y c. en cas de coup d'œil dans le rétroviseur)

☐ Rotation à droite / gauche (ne vaut pas pour un coup d'œil dans le rétroviseur)

☐ Fléchie ☐ Inconnue

Position du corps ☐ Droite ☐ Penché en avant ☐ Penché à droite / gauche

Appuie-tête installé ☐ Oui ☐ Non

Ceinture de sécurité attachée ☐ Oui ☐ Non

Airbag déclenché ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'airbag

Perte de connaissance ☐ Non ☐ Oui, durée?

Perte de connaissance ☐ Non ☐ Oui, durée?

Trou de mémoire ☐ Non ☐ Oui, pour la période pendant l'accident.

☐ Oui, pour la période après l'accident. Durée?

☐ Oui, pour la période avant l'accident. Durée?

Réaction de peur et/ou de frayeur ☐ Non ☐ Oui

Après l'accident, le patient a-t-il pu poursuivre sa route au volant du véhicule accidenté?

☐ Oui ☐ Non, parce que:

Après l'accident, le patient a-t-il pu poursuivre sa route sur le siège du passager avant du véhicule accidenté?

☐ Oui ☐ Non, parce que:

Après l'accident, le patient a-t-il pu réaliser ses activités prévues?

☐ Oui ☐ Non, parce que:

4 | Indications du patient sur l'évolution des symptômes depuis l'accident

	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	☐	☐		☐	☐		
Douleurs de nuque	☐	☐		☐	☐		
Vertiges	☐	☐		☐	☐		
Nausées	☐	☐		☐	☐		
Vomissements	☐	☐		☐	☐		
Troubles de l'audition	☐	☐		☐	☐		
Troubles de la vue	☐	☐		☐	☐		
Troubles du sommeil	☐	☐		☐	☐		

Autres symptômes ☐ Non ☐ Oui, immédiatement ☐ Oui, après heures

Lesquels?

Les autres symptômes ont été ☐ mentionnés spontanément ☐ mentionnés sur demande

5 | Anamnèse antérieure

Accident antérieur ☐ Non ☐ Oui. Quand?

Participation de la colonne cervicale ☐ Non ☐ Oui. Quand?

Participation de la tête ☐ Non ☐ Oui. Quand?

Plaintes nécessitant un traitement avant l'accident / médicaments avant l'accident

Tête (y c. migraine) ☐ Non ☐ Oui

Nuque ☐ Non ☐ Oui

Dos ☐ Non ☐ Oui

Yeux ☐ Non ☐ Oui

Audition ☐ Non ☐ Oui

Psychisme (p. ex. psychothérapie) ☐ Non ☐ Oui

Autres ☐ Non ☐ Oui. Quoi?

Médicaments actuels ☐ Non ☐ Oui. Lesquels?

6 | Examen médical

Taille Poids

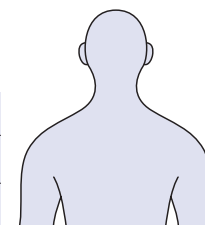
a) Douleurs / mobilité de la colonne cervicale (active, c'est-à-dire mouvements effectués par le patient)

	Mobilité	Douleur	
		Non	Oui
Flexion	Distance menton-sternum cm	☐	☐
Extension	Distance menton-sternum cm	☐	☐
Rotation à droite	degrés	☐	☐
Rotation à gauche	degrés	☐	☐
Inclinaison latérale droite	degrés	☐	☐
Inclinaison latérale gauche	degrés	☐	☐

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

(piétinement aveugle) Définition de pathologique = Déviation > 45° après 50 pas

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

d) Etat de conscience actuel

Score GCS ☐ 15 ☐ < 15, c'est-à-dire:

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

☐ Non ☐ Oui. C'est-à-dire:

f) Lésions externes

☐ Non ☐ Oui. C'est-à-dire:

g) Radiographies

Colonne cervicale ap / latéral ☐ Non ☐ Oui, décrire:

Cliché transbuccal de l'apophyse odontoïde

☐ Non ☐ Oui, décrire:

Autres examens par imagerie médicale

☐ Non ☐ Oui. Lesquels?

Décrire:

7 | Diagnostic provisoire | Conformément à la classification Quebec Task Force (QTF)

Diagnostic présumé*	Diagnostic*	Degré	Présentation clinique
☐	☐	0	Pas de douleurs de nuque, pas de symptômes somatiques
☐	☐	I	Douleurs de nuque avec douleurs / raideurs, ou uniquement douleurs, pas de signes somatiques, mobilité normale
☐	☐	II	Douleurs de nuque et troubles ostéo-musculaires (y c. baisse de mobilité et douleurs ponctuelles à la pression)
☐	☐	III	Douleurs de nuque et troubles neurologiques (y c. réflexes ostéotendineux affaiblis ou absents, faiblesse musculaire et troubles de la sensibilité)
☐	☐	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

8 | Traitement / mesures prescrites

☐ Pas de traitement ☐ Analgésiques (paracétamol, etc.)

☐ AINS topiques ☐ Opioïdes

☐ AINS systémiques ☐ Physiothérapie active

☐ Autres mesures, c'est-à-dire:

9 | 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 en termes de rapports personnels

a) Profession / place de travail

b) Famille

c) Loisirs

d) Intégration (connaissances linguistiques) (éventuellement sur une feuille séparée)

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)

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

10 | Remarques supplémentaires

Lieu et date:

Timbre et signature:

La fiche documentaire dûment remplie doit être transmise à l'assureur-accidents ou à la caisse-maladie compétents (position Tarmed 00.2215).
Prière d'envoyer une copie au médecin chargé de la poursuite du traitement.
Association Suisse d'Assurance ASA / suva / santésuisse 28.02.2009
Ce questionnaire peut être téléchargé comme formulaire Word ou PDF sous www.svv.ch/medecine