

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

2. 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 :

3. 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 :

4. 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 ?

5. 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) :

■

6. 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 : ■

7. 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 nécessaire / 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