|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rapport médical initial**  **Assurance responsabilité civile** | | |  | Numéro de sinistre:  Date/heure de l’acc.: | | | |
|  |  | | | | | | |
| **Employeur** |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **Patient** | Prénom:       N° AS:  Nom:       Date de naissance:       Sexe:  Temps de travail:     h/j Nationalité:  Profession exercée: | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **1. Premiers**  **soins** | Date:       Heure:  Nom:       Lieu:  Spécialité méd.: | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **2. Indications**  **du patient** | Déroulement de l’accident et plaintes. Rechute? | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **3. Etat général** |  | | | | | | |
|  | Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus  de guérison (par ex. maladies antérieures, accidents, circonstances sociales)?  oui  non | | | | | | |
|  | Si oui, lesquelles? | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **4. Constatations**  **objectives** | Atteinte morphologique : | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | Atteinte fonctionnelle : | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | Examens et procédés d'imagerie avec copies des diagnostics : | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **5. Diagnostic(s)** | Code CIM et éventuel(s) diagnostic(s) différentiel(s): | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **6. Suites de**  **l‘accident** | Les constatations mentionnées au chiffre 4 concordent-elles avec l’événement invoqué par le patient et semblent-elles plausibles?  oui  non | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **7. Thérapie** | a) Procédure/Propositions (poursuite du traitement, radiographies, examen par le médecin   d’arrondissement, etc.): | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | b) Le patient est-il hospitalisé?  oui  non | | | | | | |
|  | Si oui, où? | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **8. Incapacité**  **de travail** | Tolérance exigible  aux efforts  (% de l’effort  habituel): | Présence exigible  dans l‘entreprise  (heures/jour): | | | évent.  IT  en %: | Incapacité de travail  du: | Incapacité de travail  au: |
|  |  |  | | |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |
|  | La **reprise** du travail **avant le week-end** est-elle possible?  oui  non  Reprise du travail: prévue à partir de:       à raison de     h/j  vraisemblablement dans:     semaines à raison de     h/j | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **9. Traitement**  **terminé** | oui le:  non probablement dans     semaines | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **10. Remarques** |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lieu et date: |  | Adresse de médecin: |  | Signature de médecin: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EAN: |  | CSCM: |  | Tél.:  e-mail: |