

N° du dossier de cas: _____ Date / heure de l'accident: _____

PRENEUR D'ASSURANCE

Nom _____ NPA / Localité _____
Rue, n° _____ Téléphone / Fax _____

ASSURÉ

Nom _____ Sexe masculin féminin
Prénom _____ N° AVS / AS _____
Rue, n° _____ Date de naissance _____
NPA / Localité _____ Profession _____

1 PREMIER TRAITEMENT

Date _____ Où _____
Quand _____

2 INFORMATIONS DE L'ASSURÉ

Déroulement de l'accident et troubles, rechute?

3 ÉTAT GÉNÉRAL

Des circonstances extérieures ont-elles influencé défavorablement le processus de guérison (p. ex. maladies antérieures, accidents, causes d'ordre social)? Oui Non
Si oui, lesquelles? _____

4 CONSTATATIONS OBJECTIVES

Radiographies, procédés d'imagerie. Les rapports éventuels doivent être joints.

5 DIAGNOSTIC Type _____ Code _____

Veuillez tourner la page

6 SÉQUELLES DE L'ACCIDENT

Les constatations figurant au point 4 semblent-elles plausibles et compatibles avec la description de l'événement faite par le patient? Oui Non

7 THÉRAPIE

a) Procédures/propositions (suite du traitement, imagerie, examen par le médecin-conseil, etc.)

b) Le patient est-il hospitalisé? Oui Non

Si oui, où? _____

8 INCAPACITÉ DE TRAVAIL

_____ % en cas de capacité de travail inférieure à 100% _____ h/jour à _____ % du _____ au _____

_____ % en cas de capacité de travail inférieure à 100% _____ h/jour à _____ % du _____ au _____

_____ % en cas de capacité de travail inférieure à 100% _____ h/jour à _____ % du _____ au _____

9 FIN DU TRAITEMENT

Oui, le _____ Non, probablement dans _____ semaines

10 REMARQUES

Lieu/date _____ Signature/timbre _____