

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 DIAGNOSTIC Type _____ Code _____

2 GUÉRISON

a) Déroulement de la guérison et état actuel du patient (analyse objective et subjective)

b) Pronostic

c) 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? _____

Veuillez tourner la page

3 THÉRAPIE

a) Traitement actuel

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

c) Quelle est la fréquence des consultations?

d) Durée probable du traitement?

4 RETOUR AU TRAVAIL

a) Reprise du travail à _____ % depuis le/prévue le _____

b) Devons-nous intervenir auprès de l'entreprise pour qu'elle lui
trouve des tâches à sa mesure pour son retour? Oui Non

c) Faut-il en attendre un inconvénient durable? Oui Non
Si oui, lequel? _____

5 REMARQUES

Lieu/date _____ Signature/timbre _____