

1) Nom et prénom du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
(en caractères d'imprimerie s.v.p.)  
Adresse du médecin traitant : \_\_\_\_\_

2) Nom et prénom de la victime : \_\_\_\_\_  
Adresse de la victime : \_\_\_\_\_

3) Date de l'accident : \_\_\_\_\_

4) Date et heure du premier examen médical : \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

5) Lésions : \_\_\_\_\_  
(indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes)

6) Où la victime est-elle soignée ? \_\_\_\_\_

7) La victime peut-elle se déplacer ?  Oui  Non

8) Durée probable du traitement : \_\_\_\_\_

9) Conséquences probables de l'accident : \_\_\_\_\_  
Incapacité temporaire totale de travail \_\_\_\_\_ jours, soit du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Incapacité temporaire partielle de travail \_\_\_\_\_ jours, soit du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ %  
Prévoyez-vous une guérison complète ?  Oui  Non

10) Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté à la rubrique 6 ?  Oui  Non

11) Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) ?  Oui  Non  
Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

12) A. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ?  Oui  Non  
Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_  
Dans quel établissement et par quel chirurgien ? \_\_\_\_\_

B. Une radiographie de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ?  Oui  Non  
Par quel radiologue ? \_\_\_\_\_

C. Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ?  Oui  Non

13) Observations : \_\_\_\_\_

Fait à

le

Signature