

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

2) Nom, prénom et \_\_\_\_\_  
 adresse de la victime \_\_\_\_\_

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

4) Date et heure du premier examen médical \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_ 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,