

Rapport médical initial Assurance-accidents

LAA LCA

| | | | |
|---|---|--|------|
| N° de sinistre | | Date/heure de l'acc. : | |
| Employeur | | | |
| Patient | Nom Prénom Temps de travail h/j Profession exercée | N° AVS Date de naissance Nationalité | Sexe |
| 1. Premier soin | Date Nom Spécialité méd. | Heure Lieu | |
| 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)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | |
| Si oui, lesquelles? | | | |
| 4. Constatations objectives | | | |
| Constatations radiologiques | | | |
| 5. Diagnostic(s) | Code CIM et éventuel(s) diagnostic(s) différentiel(s): | | |

6. Suites de l'accident Les constatations mentionnées au chiffre 4 concordenet-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 du médecin :

Signature du médecin :
(superflu pour envoi électronique)

EAN :

CSCM :

Tél :
E-mail :