|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rapport médical initial****Assurance-accidents**  | **[ ]  LAA****[ ]  LCA** | Numéro de sinistre:      Date/heure de l’acc.:       |
|  |  |
|  **Employeur** |       |
|  |  |
|  **Patient** | Prénom:       N° AS:      Nom:       Date de naissance:       Sexe: Temps de travail:     h/j Nationalité:      Profession exercée:       |
|  |  |
| **1. Premiers**  **soins** | Date:       Heure:      Nom:       Lieu: Spécialité méd.:        |
|  |  |
| **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)? [ ]  oui [ ]  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 concordent-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 exigibleaux efforts(% de l’effort habituel): | Présence exigibledans l‘entreprise(heures/jour): | évent.ITen %: | Incapacité de travaildu: | Incapacité de travailau: |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  | La **reprise** du travail **avant le week-end** est-elle possible? [ ]  oui [ ]  nonReprise 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 de médecin:      |  | Signature de médecin:(superflu pour envoi électronique) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EAN:      |  | CSCM:      |  | Tél.:      e-mail:      |