

Certificat médical LAA

Numéro de sinistre:

Date/heure de l'acc.:

Employeur:

Patient:

Prénom nom:

N° AS / N° AVS:

Rue:

Date de naissance:

NP lieu:

Sexe:

1. Premiers soins:

Date:

où:

quand:

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 (maladies antérieures, accidents, circonstances sociales, etc.)?

Si oui, lesquelles?

4. Constatations objectives:

Constatations radiologiques:

5. Diagnostic:

Type:

Code:

6. Suites de l'accident:

Les constatations mentionnées au chiffre 4 concordent-elles avec l'événement invoqué par le patient et semblent-elles plausibles?

Envoyez des données du formulaire électroniquement à la page suivante...

7. Thérapie: a) Procédure / Propositions (poursuite du traitement, radiographies, examen par le médecin d'arrondissement, etc.)

b) Le patient est-il hospitalisé?

Si oui, où?:

8. Incapacité de travail:	% en cas de capacité partielle (< 100%):	h/jour	à	%	du:	au:
	% en cas de capacité partielle (< 100%):	h/jour	à	%	du:	au:
	% en cas de capacité partielle (< 100%):	h/jour	à	%	du:	au:

9. Traitement terminé: oui: le:
non: probablement dans semaines

10. Remarques:

Date:

Médecin:

Signature: _____
superflu pour envoi électronique

GLN:

RCC:

Tél.:

Avec le bouton «**Envoyer des données**» vous pouvez envoyer les données électroniquement à Suva.