

Numéro de sinistre:

Date de l'accident:

<b>Employeur:</b>	Nom:	
	Rue, NP lieu:	
<b>Patient:</b>	*Prénom/ *nom:	N° AVS:
	Rue:	*Date naiss.:
«* = champ obligatoire»	NP lieu:	Profession:
<b>1. Premiers soins:</b>	Date:	où: quand:
<b>2. Indications du patient:</b>	Déroulement de l'accident et plaintes. Rechute?	
<b>3. Etat général:</b>	Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (maladies antérieures, accidents, circonstances sociales, etc.)? Si oui, lesquelles?	
<b>4. Constatations objectives:</b>	Constatations radiologiques:	
<b>5. Diagnostic:</b>	Type:	Code:
<b>6. Suites de l'accident:</b>	Les constatations mentionnées au chiffre 4 concordent-elles avec l'événement invoqué par le patient et semblent-elles plausibles?	



Champ  
supplémentaire: