

Rapport médical intermédiaire

Numéro de sinistre:
Date/heure de l'acc.:

Employeur:

Patient:

Prénom nom:

N° AS / N° AVS:

Rue:

Date de naissance:

NP lieu:

Sexe:

1. Diagnostic:

Type:

Code:

2. Evolution:

a) Evolution jusqu'à ce jour et état actuel (subjectif et objectif):

b) Pronostic

c) Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (maladies antérieures, accidents, circonstances sociales, etc.)?
Si oui, lesquelles?

3. Thérapie:

a) Traitement actuel:

b) Procédure/Propositions (poursuite du traitement, radiographies, examen par le médecin d'arrondissement, etc.)

c) A quel intervalle ont lieu les consultations?

d) Durée prévue du traitement?

4. Reprise du travail:

a) Reprise du travail à % depuis le/prévue le

b) Devons-nous intervenir auprès de l'entreprise pour l'attribution d'un travail approprié?

c) Faut-il s'attendre à ce qu'un dommage demeure?

Si oui, lequel?

5. 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.