

# Fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crano-cervical

Loi	<input type="text"/>	Date de l'accident	<input type="text"/>	Heure	<input type="text"/>
N° cas/sinistre	<input type="text"/>	1 <sup>ere</sup> consultation le	<input type="text"/>	Heure	<input type="text"/>
N° assuré	<input type="text"/>	Assurance			

Adm. en ambulance?  non  oui - veuillez joindre une copie du compte-rendu d'ambulance.

Poursuite du traitement auprès de

## 1 Données du patient

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	NPA Lieu	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Sexe	<input type="text"/>
N° AVS	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>

## 2a Description libre par le patient du déroulement chronologique de l'accident



Autres symptômes  non  oui, immédiatement  oui, après  heures

Lesquels?

...ont été  mentionnés spontanément  mentionnés sur demande

## 5 Anamnèse antérieure

Accident antérieur  non  oui - Quand?

Relative à la col. cerv.  non  oui - Quand?

Relative à la tête  non  oui - Quand?

## Plaintes nécessitant un traitement avant l'accident / médicaments avant l'accident

\* Tête  non  oui \* (y c. migraine)

Nuque  non  oui

Dos  non  oui

Yeux  non  oui

Audition  non  oui

\* Psychisme  non  oui \* (p. ex. psychothérapie)

Autres  non  oui - Quoi?

Médicaments actuels  non  oui - Lesquels?

## 6 Examen médical

Taille  cm

Poids  kg

### a) Douleurs / mobilité de la colonne cervicale (active, c'est-à-dire mouvements effectués par le patient)

	Mobilité	Douleur	
		non	oui
Flexion	Distance menton-sternum <input type="text"/> cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extension	Distance menton-sternum <input type="text"/> cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotation à droite	<input type="text"/> degrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotation à gauche	<input type="text"/> degrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinaison lat. droite	<input type="text"/> degrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinaison lat. gauche	<input type="text"/> degrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Douleurs à la pression  non  oui - Localisation?

Localisation & Remarques

Douleurs au repos  non  oui

Douleur au choc  non  oui, sans irradiation.

oui, avec irradiation - Où?

**b) Douleurs / limitation fonctionnelle d'autre localisation**

non  oui - C'est-à-dire: \_\_\_\_\_

**c) Examen neurologique**

**Réflexes tendineux**  normaux  pathologiques - Lesquels? \_\_\_\_\_

**Force musculaire**  normale  Parésies - Lesquelles? \_\_\_\_\_

**Paresthésies**  non  oui - Lesquelles? \_\_\_\_\_

**Déficits sensitifs**  non  oui - Lesquels? \_\_\_\_\_

**Test de Romberg**  sûr  Oscillations  Déviation à droite  Déviation à gauche

**Test d'Unterberger**  normal  Pathologique vers la droite  Pathologique vers la gauche

*Définition de pathologique = Déviation > 45° après 50 pas*

**Autres signes neurologiques pathologiques**  
(p. ex. nerfs crâniens)

\_\_\_\_\_

**d) Etat de conscience actuel**

**Score GCS**  15  <15 - c'est-à-dire: \_\_\_\_\_

**e) Autres constatations ou éléments frappants (y c. psychiques)**

non  oui - c'est-à-dire: \_\_\_\_\_

**f) Lésions externes**

non  oui - c'est-à-dire: \_\_\_\_\_

**g) Radiographies**

**Colonne cervicale ap / latéral**

non  oui - décrire: \_\_\_\_\_

**Densaufnahme transbuccal**

non  oui - décrire: \_\_\_\_\_

**Autres examens par imagerie médicale**

non  oui - Lesquels? \_\_\_\_\_

Décrire: \_\_\_\_\_

**7 Diagnostic provisoire - Conformément à la classification Quebec Task Force (QTF)**

Diagnostic* présumé	Diagnostic*	Degré	Présentation clinique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	Pas de douleurs de nuque, pas de symptômes somatiques
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	Douleurs de nuque avec douleurs / raideurs, ou uniquement douleurs, pas de signes somatiques, mobilité normale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II	Douleurs de nuque et troubles ostéo-musculaires (y c. baisse de mobilité et douleurs ponctuelles à la pression)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III	Douleurs de nuque et troubles neurologiques (y c. réflexes ostéotendineux affaiblis ou absents, faiblesse musculaire et troubles de la sensibilité)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV	Douleurs de nuque et fracture ou dislocation

\* Diagnostic différentiel \_\_\_\_\_

\*) Répond aux exigences / commentaires selon l'arrêt du tribunal fédéral ATF 134 V 109

Diagnostic supplémentaire \_\_\_\_\_

Autres éclaircissements \_\_\_\_\_

## 8 Traitement / mesures prescrites

- Pas de traitement
  Analgésiques (paracétamol, etc.)
  Opioïdes
  AINS topiques  
 Physiothérapie active
  AINS systémiques  
 Autres mesures - c'est-à-dire: \_\_\_\_\_

## 9 Capacité de travail

Profession exercée \_\_\_\_\_ Taux d'occupation \_\_\_\_\_ %

- Avec effort physique
  Avec effort physique partiel  
 Sans effort physique (travail de bureau)

## Situation psychosociale / socioculturelle en termes de rapports personnels

- a) Place de travail \_\_\_\_\_  
 b) Famille \_\_\_\_\_  
 c) Loisirs \_\_\_\_\_  
 d) Intégration (capacité linguistique) \_\_\_\_\_

**Incapacité de travail** du-au \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Degré raisonnable d'intensité du travail \_\_\_\_\_ (% de l'intensité habituelle)  
 Présence raisonnable à l'entreprise \_\_\_\_\_ h/jours

Prochaine évaluation de la capacité de travail \_\_\_\_\_

## 10 Remarques supplémentaires

Date

Médecin

Signature

Mail

GLN, RCC

superflu pour envoi électronique

La fiche documentaire dûment remplie doit être transmise à l'assureur-accidents ou à la caisse-maladie compétents (position Tarmed 00.2215).  
 Prière d'envoyer une copie au médecin chargé de la poursuite du traitement.