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

medForms.ch
© 2012, tous droits réservés.

Loi

N° cas/sinistre

N° assuré

Date de l'accident

Heure

1ere consultation le

Heure

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

Prénom

Adresse

NPA Lieu

Date de naissance

Sexe

N° AVS

Télephone

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

2b Circonstances de l'accident

Indications données ☐ Par le patient ☐ Par des tiers - Qui?

Type d'accident ☐ Collision arrière ☐ Collision latérale ☐ Collision frontale
☐ Autre type d'accident - Lequel:
☐ Conducteur ☐ Passager avant ☐ Passager arrière

Choc de la tête ☐ non ☐ oui, contre l'appuie-tête
☐ Oui, hors de l'appuie-tête - Où?

S'attendait à la collision ☐ non ☐ oui

Position de la tête ☐ Fléchie ☐ Droite, en avant (y c. en cas de coup d'oeil dans le rétroviseur)
☐ Inconnue ☐ Rotation à droite/gauche (ne vaut pas pour un coup d'oeil dans le rétroviseur)

Position du corps ☐ Droite ☐ Penché en avant ☐ Penché à droite / gauche

Appuie-tête installé ☐ non ☐ oui

Ceinture de sécurité ☐ non attaché ☐ attachée

Airbag déclenché ☐ non ☐ oui ☐ Pas d'airbag

2c Indications résultant de la prise de renseignements sur le déroulement chronologique

Perte de connaissance ☐ non ☐ oui, durée? min

Trou de mémoire ☐ non ☐ oui, pendant l'accident ☐ oui, après l'accident - Durée? min
☐ oui, avant l'accident - Durée? min

Réaction de peur et/ou de frayeur ☐ non ☐ oui

3 Activités après l'accident

Après l'accident, le patient a-t-il pu poursuivre sa route au volant du véhicule accidenté?

☐ oui ☐ Non, parce que:

Après l'accident, le patient a-t-il pu poursuivre sa route sur le siège du passager avant du véhicule accidenté?

☐ oui ☐ Non, parce que:

Après l'accident, le patient a-t-il pu réaliser ses activités prévues?

☐ oui ☐ Non, parce que:

4 Indications du patient sur l'évolution des symptômes depuis l'accident

	non	oui, immédiatement	oui, après ... heures (indiquer le nombre d'heures)	Mentionné spontanément	Mentionné sur demande	Intensité des douleurs 0 = pas de douleurs 10 = insupportable	Irradiation des douleurs Où?
Céphalées	☐	☐		☐	☐		
Douleurs de nuque	☐	☐		☐	☐		
Vertiges	☐	☐		☐	☐		
Nausées	☐	☐		☐	☐		
Vomissements	☐	☐		☐	☐		
Troubles de l'audition	☐	☐		☐	☐		
Troubles de la vue	☐	☐		☐	☐		
Troubles du sommeil	☐	☐		☐	☐		

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	Douleur oui
Flexion	Distance menton-sternum	cm	☐	☐
Extension	Distance menton-sternum	cm	☐	☐
Rotation à droite		degrés	☐	☐
Rotation à gauche		degrés	☐	☐
Inclinaison lat. droite		degrés	☐	☐
Inclinaison lat. gauche		degrés	☐	☐

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
☐	☐	0	Pas de douleurs de nuque, pas de symptômes somatiques
☐	☐	I	Douleurs de nuque avec douleurs / raideurs, ou uniquement douleurs, pas de signes somatiques, mobilité normale
☐	☐	II	Douleurs de nuque et troubles ostéo-musculaires (y c. baisse de mobilité et douleurs ponctuelles à la pression)
☐	☐	III	Douleurs de nuque et troubles neurologiques (y c. réflexes ostéotendineux affaiblis ou absents, faiblesse musculaire et troubles de la sensibilité)
☐	☐	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

Mail

Signature

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 TarDoc AA.25.0030). Prière d'envoyer une copie au médecin chargé de la poursuite du traitement.