

Numéro de sinistre:

Date de l'accident:

Employeur:	Nom:	
	Rue, NP lieu:	
Patient:	*Prénom/ *nom:	N° AVS:
	Rue:	*Date naiss.:
«* = champ obligatoire»	NP lieu:	Profession:
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:	Atteinte morphologique: Atteinte fonctionnelle: Procédés d'imagerie avec copies des diagnostics:	
5. Diagnostic:	Type:	Code:

Premier résultat

6. Suites de l'accident:	Les constatations mentionnées au chiffre 4 concordent-elles avec l'événement invoqué par le patient et semblent-elles plausibles?						
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:							
Fournisseur de prestation:	* Nom:				*GLN.:		
	Rue:				RCC:		
<small>«* = champ obligatoire»</small>	*NP lieu:				Téléphone:		
	eMail:						
Exécutant:	Nom:						
<small>si différent du fournisseur de prestation</small>	Date:		Signature:		<small>superflu pour envoi électronique</small>		

Transmission électronique <small>Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez envoyer les données électroniquement à Suva.</small>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Champ
supplémentaire: