

N° de sinistre

## 1. Certificat médical LAA

<b>Employeur</b>					
<b>Personne blessée</b>	Nom et adresse			Date de naissance	N° AVS
				État civil	Nationalité / permis
				Profession exercée	
<b>Date de l'accident</b>	Jour	Mois	Année	Heure, minute	
<b>1. Premier traitement</b>	Jour	Mois	Année	Heure, minute	<input type="checkbox"/> pendant <input type="checkbox"/> hors des heures des consultations <input type="checkbox"/> sur les lieux de l'accident <input type="checkbox"/> au domicile du/de la patient/e
<b>2. Indications du/de la patient/e</b>	Déroulement de l'accident et plaintes. Rechute?				
<b>3. État général</b>	a) Constatations particulières (moral, alcool, drogues, etc.)  b) Suites de maladies et accidents ainsi qu'anomalies physiques (invalidité)  c) Y a-t-il des circonstances particulières ayant une influence défavorable sur le processus de guérison (telles que maladies antérieures, accidents, circonstances sociales)?				
<b>4. Constat</b>	Constat radiologique:				
<b>5. Diagnostic</b>	Code CIM et diagnostic(s) différentiel(s) éventuel(s):  En cas de distorsion cervicale, joindre le questionnaire complémentaire y relatif.				
<b>6. Causalité</b>	a) Quelles causes entrent en considération pour les symptômes actuels: <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> autre: lesquelles?		b) Le patient a-t-il déjà souffert auparavant de troubles similaires? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, traitement par		
<b>7. Thérapie</b>	a) Qu'avez-vous entrepris jusqu'ici?  b) Proposez-vous des mesures spéciales médicales ou non médicales?  c) Est-ce que le/la patient/e est hospitalisé/e? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui; où?				
<b>8. Incapacité de travail</b>	<input type="checkbox"/> oui, à	% dès le		du/au	
	<input type="checkbox"/> non			probablement jusqu'au	
<b>9. Reprise du travail</b>	<input type="checkbox"/> oui, partielle à	% dès le		complète dès le	
	<input type="checkbox"/> non				
<b>10. Fin du traitement</b>	<input type="checkbox"/> oui, le: <input type="checkbox"/> non, probablement dans      semaines				
<b>11. Autres assurances</b>	AM, AI, Suva, autres assureurs LAA, assureur-maladie Lesquelles?			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>12. Suite du traitement</b>	Par qui? Nom et adresse				

Lieu et date

Timbre et signature du médecin