

Rapport intermédiaire LAA

N° de sinistre

Employeur				
Personne blessée	Nom et adresse		Date de naissance	N° AVS
			État civil	Nationalité / permis
			Profession exercée	
Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute
1. Diagnostic				
a) Code CIM et diagnostic(s) différentiel(s) éventuel(s):				
b) Date de la dernière consultation:			c) Date de la prochaine consultation:	
2. Évolution				
a) Évolution jusqu'à ce jour et état actuel (subjectif et objectif):				
b) Pronostic				
c) Y a-t-il des circonstances particulières ayant une influence défavorable sur le processus de guérison (telles que maladies antérieures, accidents, circonstances sociales)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
3. Thérapie				
a) Traitement actuel				
b) Procédures / suggestions (traitement ultérieur, radiographies, consilium, etc.):				
c) À quels intervalles ont lieu les consultations?				
d) Durée du traitement induit par l'accident?				
Fin du traitement: <input type="checkbox"/> oui, le: <input type="checkbox"/> non, probablement dans semaines				
4. Reprise du travail				
a) Incapacité de travail de % du au				
% du au				
% du au				
b) Reprise du travail complète prévue dès le: <input type="checkbox"/> la reprise a déjà eu lieu le:				
c) Des mesures concrètes peuvent-elles influencer positivement les performances au travail? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, lesquelles? P. ex. attribuer un travail approprié, faciliter le déplacement jusqu'au travail, adapter la place de travail, job coaching, etc.				
5. Séquelles				
a) Des séquelles sont-elles à redouter? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
b) Si oui, de quel genre?				
c) D'après vous, à quel point la partie du corps touchée est-elle diminuée?				
6. Remarques				

Si, depuis la **dernière** remise de rapports médicaux, **des examens spécifiques** ont été effectués, veuillez nous remettre les copies des rapports (**radiographies, IRM, TD, consilium, etc.**), dans la mesure où vous ne nous les avez pas encore envoyés. Nous vous remercions de votre collaboration.

Lieu et date

Timbre et signature du médecin