

RAPPORT MÉDICAL

NUMÉRO DU DOSSIER DE SINISTRE: 3212220

ATTESTATION INITIALE DU MÉDECIN TRAITANT

Veillez taper ou écrire lisiblement

Nom du Patient _____ Adresse: _____

NATURE DES BLESSURES ET DES SOINS

1. Plaintes subjectives:

2. Observations objectives:

3. Êtes-vous le premier médecin traitant? Oui Non Date: _____ Lieu: _____

4. Prise de radiographies? Oui Non Partie du corps: _____

5. Patient admis à l'hôpital? Oui Non Date: _____ Lieu: _____

6. Antécédents d'affections similaires? Oui Non Si "Oui", préciser : _____

7. Veuillez décrire toute blessure ou maladie antérieure et noter tout fait qui peut influencer sur le rétablissement.

8. Médicaments actuels non liés aux blessures découlant de l'accident routier:

9. Signes d'invalidité permanente? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez expliquer

TRAITEMENTS PRESCRITS

1. Médicaments (nom et dosage):

2. Orienté en thérapie:

- Physiothérapie Oui Non
Chiropratie Oui Non
Massage Oui Non

3. Autres traitements (veuillez préciser)

4. Diagnostic:

5. Pronostic:

6. À votre connaissance, pendant combien de temps le patient a-t-il été incapable de faire son travail habituel en raison de son état de santé? (jour, mois, année)

Du _____ Au _____

7. Si encore incapable de travailler, date approximative de son retour

Du _____ Au _____

8. Comment son état actuel affecte-t-il sa capacité à travailler (ex.: restrictions, limitations, chirurgie proposée, etc.)?

9. L'invalidité est-elle entièrement le résultat de la blessure ci-décrite? Oui Non

Nom du médecin traitant (caractères d'imprimerie)

Spécialisation

Tel. No.

Adresse:

Signature du médecin:

Date:
