

Nom, prénom et adresse victime:

.....
.....
.....

DOSSIER-N°

Accident du:

CERTIFICAT MEDICAL A FAIRE COMPLETER

1. Nom, prénom (en CARACTERE D'IMPRIMERIE, s.v.p.) et adresse du médecin traitant
2. Date du 1er examen médical	le .. / .. /
3. Lésions (indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes).
4. Où la victime est-elle soignée?
5. La victime peut-elle se déplacer ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6. Durée probable du traitement
7. Conséquences probables de l'accident
8. Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies)? Si oui, lequel?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9. A) Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée? Si oui, laquelle, et par qui a-t-elle été pratiquée? B) Une radio de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ? C) Désirez-vous l'intervention d'un autre spécialiste?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10. Observations:

Fait à le .././....

Signature