

Certificat médical LAA

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:	Constatations radiologiques:	
5. Diagnostic:	Type:	Code:
6. Suites de l'accident:	Les constatations mentionnées au chiffre 4 concordent-elles avec l'événement invoqué par le patient et semblent-elles plausibles?	

Premier résultat

**Champ
supplémentaire:**