

Rapport médical intermédiaire

suva

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. Diagnostic: Type: Code:

2. Evolution: a) Evolution jusqu'à ce jour et état actuel (subjectif et objectif)

b) Pronostic

c) Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (maladies antérieures, accidents, circonstances sociales, etc.)?
Si oui, lesquelles?

3. Thérapie:

a) Traitement actuel:

b) Procédure/Propositions (poursuite du traitement, radiographies, examen par le médecin d'arrondissement, etc.):

c) A quel intervalle ont lieu les consultations?

d) Durée prévue du traitement?

4. Reprise du travail:

a) Reprise du travail à _____ % depuis le/prévue le _____

b) Devons-nous intervenir auprès de l'entreprise pour l'attribution d'un travail approprié?

c) Faut-il s'attendre à ce qu'un dommage demeure?
Si oui, lequel?

5. Remarques:

Fournisseur de prestation:	* Nom:		*GLN.:
	Rue:		
«* = champ obligatoire»	* NP lieu:		RCC:
	eMail:		Téléphone:
<hr/>			
Exécutant:	Nom:		
si différent du fournisseur de prestation			
<hr/>			
	Date:	Signature:	_____
			superflu pour envoi électronique

Transmission électronique

Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez envoyer les données électroniquement à Suva.

Champ
supplémentaire: