

## Rapport médical intermédiaire

Numéro de sinistre:

Date de l'accident:

|                         |   |               |
|-------------------------|---|---------------|
| <b>Employeur:</b>       | Nom:  |               |
|                         | Rue, NP lieu:   |               |
| <b>Patient:</b>         | * Prénom/ * nom:  | N° AVS:       |
|                         | Rue:  | *Date naiss.: |
| «* = champ obligatoire» | NP lieu:  | Profession:   |
| <b>1. Diagnostic:</b>   | Type:   | Code:         |
|                         |   |               |
| <b>2. Evolution:</b>    | 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.)?<br>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:**

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

**Transmission électronique**  mode productif

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

Champ  
supplémentaire: