

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. Premiers soins:</b>	Date:	où: quand:
<b>2. Indications du patient:</b>	Déroulement de l'accident et plaintes. Rechute?	
<b>3. Etat général:</b>	Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (maladies antérieures, accidents, circonstances sociales, etc.)? Si oui, lesquelles?	
<b>4. Constatations objectives:</b>	Constatations radiologiques:	
<b>5. Diagnostic:</b>	Type:	Code:
<b>6. Suites de l'accident:</b>	Les constatations mentionnées au chiffre 4 concordent-elles avec l'événement invoqué par le patient et semblent-elles plausibles?	

Premier résultat

<b>7. Thérapie:</b>	a) Procédure / Propositions (poursuite du traitement, radiographies, examen par le médecin d'arrondissement, etc.)							
	b) Le patient est-il hospitalisé?							
	Si oui, où?:							
<b>8. Incapacité de travail:</b>	% en cas de capacité partielle (< 100%):	h/jour	à	%	du:	au:		
	% en cas de capacité partielle (< 100%):	h/jour	à	%	du:	au:		
	% en cas de capacité partielle (< 100%):	h/jour	à	%	du:	au:		
<b>9. Traitement terminé:</b>	oui:	le:						
	non:	probablement dans		semaines				
<b>10. Remarques:</b>								
<b>Fournisseur de prestation:</b>	* Nom:						*GLN.:	
	Rue:						RCC:	
«* = champ obligatoire»	*NP lieu:						Téléphone:	
	eMail:							
<b>Exécutant:</b>	Nom:							
	si différent du fournisseur de prestation							
	Date:					Signature:	_____	
superflu pour envoi électronique								

<p><b>Transmission électronique</b></p> <p>Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez envoyer les données électroniquement à Suva.</p>	
--	--

Champ  
supplémentaire: