

C. CERTIFICAT MEDICAL

| | |
|---|--|
| 1. Nom et prénom (en caractère d'imprimerie svp) et adresse du médecin traitant | ..... ..... ..... |
| 2. Nom, prénom et adresse de la victime | ..... ..... ..... |
| 3. Date de l' accident | ..... |
| 4. Date et heure du premier examen médical | ..... |
| 5. Lésions (indiquer la nature des lésions, les parties du corps atteintes) | ..... ..... ..... |
| 6. Où la victime est-elle soignée? | ..... |
| 7. La victime peut-elle se déplacer? | ..... |
| 8. Durée probable du traitement | ..... |
| 9. Conséquences probables de l'accident * Incapacité temporaire totale de travail * Incapacité temporaire partielle de travail Prévoyez-vous une guérison complète? | jours, soit du..... Au |
| 10. Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté à la rubrique VII ? | ..... ..... |
| 11. Y'a-t-il eu un état antérieur (infirmités, maux, ou maladies ? Si oui lequel ? | ..... ..... ..... |
| 12. a) Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ? Si oui laquelle? Dans quel établissement et par quel chirurgien? b) Une radiographie de diagnostic et/ou contrôle a-t-elle été faite? Par quel radiologue ? c) Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ? | ..... ..... ..... ..... ..... ..... |
| 13. Observations : ..... | ..... ..... ..... |
| Fait à | le Signature. |