

Rapport médical intermédiaire

Assurance accidents



**Vaudoise Générale,
Compagnie d'Assurances SA**
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Lausanne
T 0800 811 911, F 021 618 85 16
medecin.conseil@vaudoise.ch

LAA Numéro de sinistre _____
 LCA Date/heure de l'acc. _____

Employeur

Patient

Nom _____ N° AS _____
Prénom _____ Date de naissance _____
Temps de travail (heure/jour) _____ Sexe homme femme
Profession exercée _____ Nationalité _____

1. Diagnostic

2. Evolution

a) Evolution et état actuel (subjectif et objectif)

b) Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas ? oui non

Dans l'affirmative, lesquelles ?

3. Thérapie

a) Traitement en cours

b) Propositions (suite du traitement, radiographie, examen par le médecin conseil etc.)

c) A quels intervalles ont lieu les consultations ? _____

d) Durée probable du traitemen _____

4. Reprise du travail

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

b) Devons-nous nous adresser à l'employeur pour qu'il procure un travail approprié ? oui non

c) Y a-t-il à craindre un dommage permanent ? oui non

Dans l'affirmative, de quelle nature ?

5. Remarques

Lieu et date

Timbre et signature de médecin (superflu si envoi électronique)

T _____

e-mail _____

Envoyer

Imprimer