





*à remplir par le médecin*

**CERTIFICAT MEDICAL**

1) Nom du médecin .....  
 Adresse .....  
 Tel. n° ..... E-mail .....

2) Nom de la victime .....  
 Adresse .....

3) Date de l'accident  /  /

4) Date et heure à laquelle vous avez examiné la victime  /  /  à  .  hrs.

5) Quelle est la nature des lésions encourues et quelles parties du corps ont été touchées ?  
 .....  
 .....  
 .....

➤ S'agit-il d'une lésion due à un traumatisme aigu ?  oui  non  
 ➤ Y a-t-il une anamnèse ?  oui  non  
 ➤ La lésion peut-elle être due à ou être influencée par un processus progressif ou une prédisposition ?  oui  non  
 ➤ Remarques : .....

6) Durée prévue du traitement .....

7) La victime est-elle totalement ou partiellement incapable d'exercer ses activités normales ?  oui  non  
 ➤ Totalement pendant ..... jours.  
 ➤ Partiellement pendant ..... jours.

8) Estimez-vous que l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste est indispensable ?  oui  non  
 ➤ Si oui, laquelle ? .....

9) L'accident entrainera-t-il une incapacité permanente ou peut-on espérer le rétablissement complet ?  
 .....

**ANTECEDENTS**

10) La victime était-elle antérieurement à l'accident mutilée ou atteinte d'une infirmité ou d'une maladie ?  
 .....

11) L'anamnèse révèle-t-elle que dans le passé la victime a déjà eu un accident ou présenté des symptômes ayant ou non donné lieu au traitement des lésions du même type de celles que vous avez constatées actuellement ?  
 .....

S'agit-il éventuellement d'une récurrence ? .....

Fait à ..... *Signature et cachet du médecin*

En date du  /  /