

Premier certificat médical Assurance accidents LAA



Adresse médecin/hôpital:	Patient:	No. de sinistres:	
		Date de naissance:	
		N° AS.	
		Profession exercée:	
		Temps de travail :	
		Nos références:	
		Événement du:	

1. **Premier soins:** Date: Heure: Lieu: Nom: Spécialité méd.:

2. **Indications du patient:** Déroulement de l'accident et plaintes. Rechute?

3. **Etat général:**

Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison Si oui, lesquelles? non
(par ex. maladies antérieures, accidents, circonstances sociales)?

4. **Constatations objectives:**

Constatations radiologiques:

5. **Diagnostic(s):** Code CIM et éventuel(s) diagnostic(s) différentiel(s):

6. **Suites de l'accident:** Les constatations mentionnées au chiffre 4 concordent-elles avec l'événement invoqué par le patient et semblent-elles plausibles? oui non

7. **Thérapie:** a) Procédure/Propositions (poursuite du traitement, radiographies, examen par le médecin d'arrondissement, etc.):

b) Le patient est-il hospitalisé? Si oui, où? non

8. **Incapacité de travail:**

Tolérance exigible aux efforts (% de l'effort habituel):	Présence exigible dans l'entreprise (heures/jour):	Effective IT en %:	Incapacité de travail du:	Incapacité de travail au:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Reprise de travail: prévue à partir de: à raison de heures/jour

vraisemblablement dans: semaines à raison de heures/jour

La reprise du travail avant le week-end est-elle possible? oui non

Premier certificat médical Assurance accidents LAA



9. Traitement terminé: Le traitement est-il terminé?

oui

le:

non

probablement dans

semaines

10. Remarques:

Lieu et date:

No. CSCM / EAN:

Timbre et
signature de
médecin:

Zurich Compagnie d'Assurances SA