

Numéro de dossier     /       /    
 Numéro de police

**[B] Attestation médicale**  
**À compléter par le médecin**

Médecin (nom et adresse ou cachet) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Victime (nom) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Date de l'accident    -    -      
 Date du premier examen médical   -

Nature des lésions	Siège des lésions	
<i>Pour déclarer plusieurs lésions, vous pouvez utiliser la numérotation des lésions et parties du corps.</i>		
<input type="checkbox"/> Déchirure musculaire <input type="checkbox"/> Luxation tendon <input type="checkbox"/> Déchirure musculaire (rupture) <input type="checkbox"/> Rupture tendon <input type="checkbox"/> Contusion <input type="checkbox"/> Entorse ([dis]torsion) <input type="checkbox"/> Fracture <input type="checkbox"/> Déboîtement (luxation)	<p style="text-align: center;"><b>Tête et visage</b></p> <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Œil G/D <input type="checkbox"/> Oreille G/D <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Bouche  <p style="text-align: center;"><b>Nuque et torse</b></p> <input type="checkbox"/> Cou/nuque G/D <input type="checkbox"/> Torse/ventre G/D <input type="checkbox"/> Dos G/D <input type="checkbox"/> Parties génitales G/D  <p style="text-align: center;"><b>Membres supérieurs</b></p> <input type="checkbox"/> Épaule G/D <input type="checkbox"/> Bras supérieur G/D <input type="checkbox"/> Coude G/D <input type="checkbox"/> Bras inférieur G/D <input type="checkbox"/> Poignet G/D <input type="checkbox"/> Main G/D <input type="checkbox"/> Doigts G/D	<p style="text-align: center;"><b>Membres inférieurs</b></p> <input type="checkbox"/> Hanche G/D <input type="checkbox"/> Aine G/D <input type="checkbox"/> Cuisse G/D <input type="checkbox"/> Genou G/D <input type="checkbox"/> Tibia G/D <input type="checkbox"/> Cheville G/D <input type="checkbox"/> Talon G/D <input type="checkbox"/> Pied G/D <input type="checkbox"/> Orteils G/D  <p style="text-align: center;"><b>Autres / plus</b></p> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

**Questionnaire**

1. Estimez-vous que les blessures ci-dessus sont la conséquence de l'accident mentionné ?  Oui  Non

2. La victime a-t-elle déjà eu les mêmes troubles/lésions ?  
 Non  
 Oui. La victime n'était pas entièrement rétablie (rechute)  
 Oui. La victime était entièrement rétablie (récidive)

3. Y a-t-il eu une opération chirurgicale ?  Oui  Non

4. Durée estimée du traitement  
 Nulle  1 à 2 mois  
 1 à 14 jours  Plus de 2 mois  
 5 à 30 jours

5. Vous attendez-vous à une guérison complète ?  Oui  Non  Non applicable

6. Quand estimez-vous que la victime pourra reprendre le sport à 100 % ?  
 Immédiatement  Plus de 2 mois  
 1 à 14 jours  Non applicable  
 15 jours à 2 mois

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
**Signature médecin**