

4 | Indications du patient sur l'évolution des symptômes depuis l'accident

	Non	Oui, immédiatement	Oui, après ... heures (indiquer le nombre d'heures)	Mentionné spontanément	Mentionné sur demande	Intensité des douleurs 0 = pas de douleurs 10 = insupportable	Irradiation des douleurs Où?
Céphalées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Douleurs de nuque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Troubles de l'audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Troubles de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Autres symptômes Non Oui, immédiatement Oui, après _____ heures

Lesquels?

Les autres symptômes ont été mentionnés spontanément mentionnés sur demande

5 | Anamnèse antérieure

Accident antérieur Non Oui. Quand? _____

Participation de la colonne cervicale Non Oui. Quand? _____

Participation de la tête Non Oui. Quand? _____

Plaintes nécessitant un traitement avant l'accident / médicaments avant l'accident

Tête (y c. migraine) Non Oui

Nuque Non Oui

Dos Non Oui

Yeux Non Oui

Audition Non Oui

Psychisme (p. ex. psychothérapie) Non Oui

Autres Non Oui. Quoi? _____

Médicaments actuels Non Oui. Lesquels? _____

6 | Examen médical

Taille _____ Poids _____

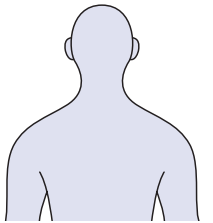
a) Douleurs / mobilité de la colonne cervicale (active, c'est-à-dire mouvements effectués par le patient)

	Mobilité	Douleur	
		Non	Oui
Flexion	Distance menton-sternum _____ cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extension	Distance menton-sternum _____ cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotation à droite	_____ degrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotation à gauche	_____ degrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinaison latérale droite	_____ degrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinaison latérale gauche	_____ degrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Douleurs à la pression Non

Oui. Localisation (cocher les endroits douloureux):

Remarques:



Douleurs au repos Non Oui

Douleur au choc Non Oui, sans irradiation.

Oui, avec irradiation. Où? _____

b) Douleurs / limitation fonctionnelle d'autre localisation

Non Oui. C'est-à-dire: _____

c) Examen neurologique

Réflexes tendineux Normaux Pathologiques. Lesquels? _____

Force musculaire Normale Parésies. Lesquelles? _____

Paresthésies Non Oui. Lesquelles? _____

Déficits sensitifs Non Oui. Lesquels? _____

Test de Romberg Sûr Oscillations Déviation à droite Déviation à gauche

Test d'Unterberger Normal Pathologique vers la droite Pathologique vers la gauche

(piétinement aveugle) Définition de pathologique = Déviation > 45° après 50 pas

Autres signes neurologiques pathologiques (p. ex. nerfs crâniens):

d) Etat de conscience actuel

Score GCS 15 < 15, c'est-à-dire: _____

e) Autres constatations ou éléments frappants (y c. psychiques)

Non Oui. C'est-à-dire: _____

f) Lésions externes

Non Oui. C'est-à-dire: _____

g) Radiographies

Colonne cervicale ap / latéral Non Oui, décrire: _____

Cliché transbuccal de l'apophyse odontoïde

Non Oui, décrire: _____

Autres examens par imagerie médicale

Non Oui. Lesquels? _____

Décrire: _____

7 | Diagnostic provisoire | Conformément à la classification Quebec Task Force (QTF)

Diagnostic présumé*	Diagnostic*	Degré	Présentation clinique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	Pas de douleurs de nuque, pas de symptômes somatiques
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	Douleurs de nuque avec douleurs / raideurs, ou uniquement douleurs, pas de signes somatiques, mobilité normale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II	Douleurs de nuque et troubles ostéo-musculaires (y c. baisse de mobilité et douleurs ponctuelles à la pression)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III	Douleurs de nuque et troubles neurologiques (y c. réflexes ostéotendineux affaiblis ou absents, faiblesse musculaire et troubles de la sensibilité)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV	Douleurs de nuque et fracture ou dislocation

Diagnostic(s) différentiel(s)*: _____

Diagnostic(s) supplémentaire(s): _____

Autre(s) éclaircissement(s): _____

* Répond aux exigences / commentaires selon l'arrêt du tribunal fédéral ATF 134 V 109

8 | Traitement / mesures prescrites

Pas de traitement Analgésiques (paracétamol, etc.)

AINS topiques Opioïdes

AINS systémiques Physiothérapie active

Autres mesures, c'est-à-dire: _____

9 | Capacité de travail

Activité professionnelle actuelle: _____ Taux d'occupation: _____ %

Avec effort physique Avec effort physique partiel Sans effort physique (travail de bureau)

Situation psychosociale / socioculturelle en termes de rapports personnels

a) Profession / place de travail

b) Famille

c) Loisirs

d) Intégration (connaissances linguistiques) (éventuellement sur une feuille séparée)

Incapacité de travail du _____ au _____

Degré raisonnable d'intensité du travail (en pour-cent de l'intensité habituelle) _____

Présence raisonnable à l'entreprise (heures par jours) _____

Prochaine évaluation de la capacité de travail: date (jj.mm.aaaa) _____

10 | Remarques supplémentaires

Lieu et date: _____

Timbre et signature: _____

La fiche documentaire dûment remplie doit être transmise à l'assureur-accidents ou à la caisse-maladie compétents (position Tarmed 00.2215).

Prière d'envoyer une copie au médecin chargé de la poursuite du traitement.

Association Suisse d'Assurance ASA / suva / santésuisse 28.02.2009

Ce questionnaire peut être téléchargé comme formulaire Word ou PDF sous www.svv.ch/medecine