

# Rapport médical initial accident



A retourner au médecin-conseil de la Vaudoise Assurances

Vaudoise Générale,  
Compagnie d'Assurances SA  
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Lausanne  
T 0800 811 911, F 021 618 85 16

**Blessé** Nom, prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
NPA et localité \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ Homme  Femme   
Employeur \_\_\_\_\_  
Numéro de sinistre ou contrat \_\_\_\_\_

**Accident** Date (jj.mm.aaaa) \_\_\_\_\_ Heure (hh:mm) \_\_\_\_\_

**Premiers soins** Date (jj.mm.aaaa) \_\_\_\_\_ Heure (hh:mm) \_\_\_\_\_  
Lieu \_\_\_\_\_ sur le lieu de l'accident  au domicile du patient

**Indications du patient** Déroulement de l'accident et plaintes/Rechute? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Etat général** Observations particulières/Suite de maladie/Antécédents \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Constatations** Constatations générales et radiologiques \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Diagnostic** Diagnostic \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Causalité** Les lésions sont-elles dues uniquement à l'accident? oui  non   
Sinon pourquoi \_\_\_\_\_

**Thérapie** Type de traitement \_\_\_\_\_  
mesures spéciales \_\_\_\_\_  
Hospitalisation oui  non  si oui établissement \_\_\_\_\_

# Rapport médical initial accident



A retourner au médecin-conseil de la Vaudoise Assurances

Vaudoise Générale,  
Compagnie d'Assurances SA  
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Lausanne  
T 0800 811 911, F 021 618 85 16

---

**Incapacité  
de travail**

Travail interrompu

oui  non  si oui \_\_\_\_\_ % dès le \_\_\_\_\_ probablement jusqu'au \_\_\_\_\_

Travail repris

oui  non  si oui \_\_\_\_\_ % dès le \_\_\_\_\_

---

**Traitement**

Terminé

oui le \_\_\_\_\_  non probablement dans \_\_\_\_\_ semaines

---

**Lieu et date**

Timbre et signature du médecin

---

Des exemplaires supplémentaires du présent formulaire sont disponibles sur le site [www.vaudoise.ch](http://www.vaudoise.ch) rubrique entreprises,  
sinistes; corps médical

Envoyer

Imprimer