|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«D\_agenceAdr1»**  «D\_agenceAdr2»  «D\_agenceAdr3»  «D\_agenceAdr4»  «D\_agenceNoTel»  «D\_agenceNoFax»  prestations\_apnv@vaudoise.ch  **Affaire traitée par :**  «MF\_Collaborateur»  «telephone» | «confidentiel»  «idDocument»/«timeStamp»/1   |  | | --- | | **«PP»** «X\_destPP» |   «EnteteAdresse» «noAgence»  «D\_destAdr1»  «D\_destAdr2»  «D\_destAdr3»  «D\_destAdr4»  «D\_destAdr5»  «D\_docLieu», le «D\_docDate» |

**V/réf. : «reference»**

**Dossier : «nodossier», Evénement du «datesinistre»**

**Preneur : «nomPreneur», police n° «npa» «branche»**

**Personne assurée :** **«lesePrincipalNom» «lesePrincipalPrenom» «lesePrincipalDateNaissance»**

«EnteteLettreForm»,

Nous nous référons à l'événement susmentionné.

En notre qualité d'assureur LAA et afin de compléter notre dossier, nous vous prions de bien vouloir remplir le rapport médical initial ci-joint.

Merci de joindre à votre envoi une copie de tous les rapports des examens spécialisés effectués (RX, scanner, IRM, etc), en votre possession.

Nous vous remercions de votre aimable collaboration et vous présentons, «EnteteLettreForm», nos meilleures salutations.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | «sign2\_raisonSocialeLigne1» | «sign1\_raisonSocialeLigne1» | |  | «sign2\_raisonSocialeLigne2» | «sign1\_raisonSocialeLigne2» | |  | «sign2\_signature»  «sign2\_nomSignataire» | «sign1\_signature»  «sign1\_nomSignataire» | |

**V/réf. : «reference»**

**Dossier : «nodossier», Evénement du «datesinistre»**

**Preneur : «nomPreneur», police n° «npa» «branche»**

**Personne assurée : «lesePrincipalNom»«lesePrincipalPrenom»«lesePrincipalDateNaissance»**

**Rapport initial**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Premiers  soins | Date : Heure :  Nom : Lieu :  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 (par ex. maladies antérieures, accidents, circonstances sociales) ?  oui  non |
|  | Si oui, lesquelles ? |
|  |  |
| 4. Constatations  objectives | Atteinte morphologique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Atteinte fonctionnelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Examens et procédés d'imagerie avec copies des diagnostics : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

**V/réf. : «reference»**

**Dossier : «nodossier», Evénement du «datesinistre»**

**Preneur : «nomPreneur», police n° «npa» «branche»**

**Personne assurée : «lesePrincipalNom»«lesePrincipalPrenom»«lesePrincipalDateNaissance»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6. Causalité | 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 ?  oui  non | | | | |
|  | Si oui, où ? | | | | |
|  |  | | | | |
| 8. Incapacité  de travail | Tolérance exigible  aux efforts  (% de l’effort  habituel): | Présence exigible  dans l‘entreprise  (heures/jour): | ITT  en % | Incapacité de travail du : | Incapacité de travail au : |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Reprise du travail : prévue à partir de : à raison de h/j  vraisemblablement dans : semaines à raison de h/j | | | | |
|  |  | | | | |
| 9. Traitement  terminé | oui le:  non probablement dans semaines  **Remarques :** | | | | |
|  |
|  |

Lieu et date Timbre et signature du médecin :