|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«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 exigibleaux efforts(% de l’effort habituel): | Présence exigibledans l‘entreprise(heures/jour): | ITTen % | 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 :