

RAPPORT MÉDICAL

		Provisoire	Final	No de dossier
Nom		Adresse		
Profession	Âge	État civil		No de téléphone
Premier examen effectué à		le		19

PREUVE DE blessures antérieures	Maladies antérieures	Facultés temporairement affaiblies par l'alcool ou la drogue à la date du premier examen

Premiers soins ou autre traitement antérieur reçu de :

Autres demandes de renseignements concernant le patient reçues de :

EXPLICATION DES BLESSURES PAR LE PATIENT (Où et comment ont été subies les blessures)	Date	Heure

DESCRIPTION DE LA (DES) BLESSURE(S)

TRAITEMENT Fournit à (lieu)	le (préciser les dates)		
Intervention chirurgicale, le cas échéant			
Autre traitement prescrit			Nbre de points de suture requis
Radiographie et résultats			
Envoyé <input type="checkbox"/> à la maison ou <input type="checkbox"/> à l'hôpital	Nom de l'hôpital		Date de sortie

PRONOSTIC			PERMANENCE DE LA BLESSURE (Degré d'incapacité permanente)	
			Invalidité approx. depuis la date de l'accident	
			Invalidité totale semaines	Invalidité partielle semaines
Montant du compte à ce jour \$	Montant du compte final \$	Signature	M.D.	Date