

NATURE DES SOINS

À quel moment avez-vous consulté le médecin ? (date et heure).....

Avez-vous été hospitalisé(e) ? : OUI NON

Pièces justificatives des soins - à joindre obligatoirement :

- le certificat médical initial, et les éventuels certificats médicaux de prolongation (volet 1 ou 2)
- les prescriptions médicales / ordonnances, le cas échéant
- les comptes rendus d'examen / de consultation, etc..., le cas échéant

⇒ Ces documents sont à joindre obligatoirement à votre déclaration et seront à fournir tout au long de l'instruction de votre dossier

Si vous n'avez pas eu de soins, cochez la case ci-après : pas de soins

NATURE DES LÉSIONS

(Mentionnées sur le certificat médical initial)

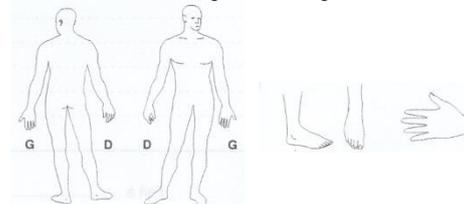
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> asphyxie / intoxication | <input type="checkbox"/> entorse / luxation | <input type="checkbox"/> plaie / coupure |
| <input type="checkbox"/> brûlure | <input type="checkbox"/> fracture, fêlure | <input type="checkbox"/> présence corps étranger |
| <input type="checkbox"/> contusion / hématome | <input type="checkbox"/> lésions multiples | <input type="checkbox"/> troubles auditifs |
| <input type="checkbox"/> déchirures musculaires ou tendineuses | <input type="checkbox"/> morsure | <input type="checkbox"/> troubles visuels |
| <input type="checkbox"/> douleurs | <input type="checkbox"/> piqûre | <input type="checkbox"/> autre, à préciser : |

SIÈGE DES LÉSIONS

(Mentionnées sur le certificat médical initial)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> tête
○ yeux ○ cou ○ visage
○ région crânienne ○ appareil auditif | <input type="checkbox"/> membres inférieurs
○ hanche ○ cuisse ○ jambe/mollet
○ genou ○ cheville ○ pied |
| <input type="checkbox"/> membres supérieurs
○ épaule ○ bras ○ coude
○ avant-bras ○ poignet ○ main | <input type="checkbox"/> localisations multiples
<input type="checkbox"/> sièges internes
<input type="checkbox"/> autre, à préciser : |
| <input type="checkbox"/> tronc | Latéralité :
<input type="checkbox"/> côté droit <input type="checkbox"/> côté gauche |

Faire une croix désignant le siège concerné



TÉMOIGNAGES

Si vous joignez le constat amiable ET le récépissé de déclaration de l'assureur, il n'est pas nécessaire de recueillir de témoignages.

En l'absence de ces deux documents : remplir obligatoirement la rubrique 1 OU 2 ci-après.

Les témoignages devront être précis et lisiblement écrits.

1

Témoin oculaire direct ayant vu l'accident se produire (le témoin doit préciser la date et l'heure auxquelles il a vu ou entendu l'accident se produire) :

.....

.....

.....

.....

.....

Nom, Prénom Date :

Signature du témoin :

2 Si absence de témoin direct, remplir les deux rubriques ci-dessous:

→ **Témoin ayant vu la victime avant l'accident** : (le témoin doit préciser la date et l'heure auxquelles il a vu la victime en bonne santé, le jour de l'accident)

.....
.....
.....

Nom, Prénom Date :

Signature du témoin :

→ **Témoin ayant été avisé des faits après l'accident** : (le témoin doit préciser la date et l'heure auxquelles il a été avisé des faits, le jour de l'accident)

.....
.....
.....

Nom, Prénom Date :

Signature du témoin:

Signature de la victime :

Date

Visa du responsable de service :

Date :

Nom et prénom :

Visa du Directeur de plateforme :

Date :

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....