

PARTIE C – DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

1. Nom du patient _____ Âge _____

2. a) Date de la première consultation pour cette blessure

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|
| | A | | | | M | | | J |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|

 b) Date du dernier traitement

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|
| | A | | | | M | | | J |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|

3. Décrivez la nature exacte, l'endroit et l'étendue de la blessure : _____

4. a) Si l'accident a causé la perte partielle ou totale d'un membre, indiquez le niveau de l'amputation sur le graphique ci-dessous.
b) S'agit-il d'une perte d'usage totale et permanente? Non Oui, précisez _____

5. Indiquez la date de l'amputation ou de la perte d'usage

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|
| | A | | | | M | | | J |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|

6. Si la blessure a causé la perte totale et irrécouvrable de l'usage d'un œil ou des deux yeux, indiquez à quelle date une telle perte a été encourue

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|
| | A | | | | M | | | J |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|

a) Si la blessure a nécessité l'ablation d'un œil ou des deux yeux, indiquez la date de l'ablation

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|
| | A | | | | M | | | J |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|

b) Quel était le degré de vision de chaque œil avant l'accident? Gauche _____ Droit _____

c) S'il y a lieu, quel degré de vision reste-t-il pour chaque œil? Gauche _____ Droit _____

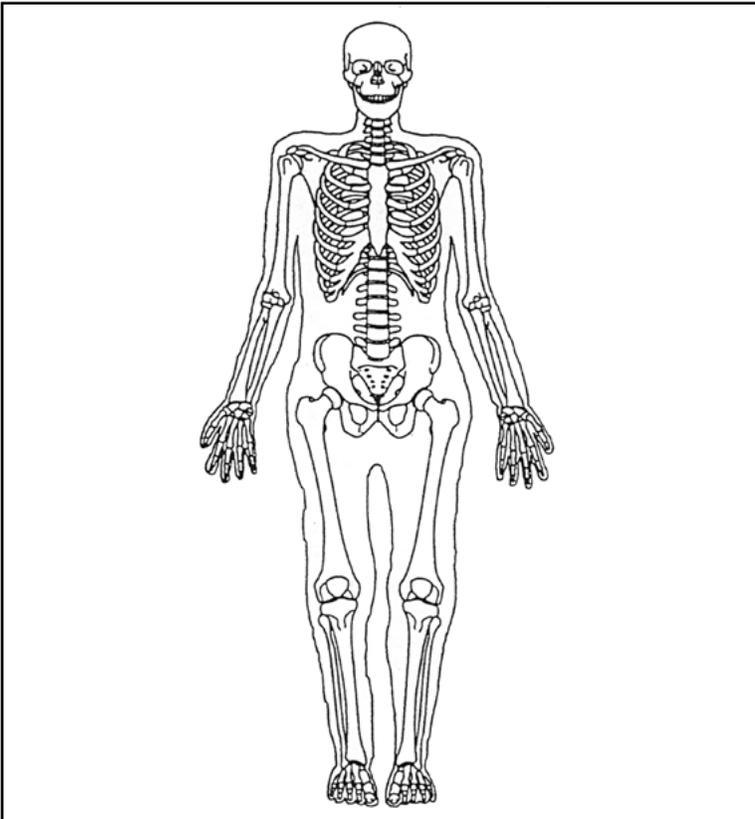
7. Si la blessure a causé la perte totale et irrécouvrable de l'ouïe et de la parole, indiquez à quelle date une telle perte a été encourue

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|
| | A | | | | M | | | J |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|

8. La blessure décrite a-t-elle été la seule cause de la perte? Oui Non

Si « non », indiquez les particularités de la ou des causes associées : _____

VEUILLEZ INDIQUER LE NIVEAU DE L'AMPUTATION SUR LE GRAPHIQUE SUIVANT.



Signature du médecin traitant _____ Date

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|
| | A | | | | M | | | J |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|

Adresse du médecin traitant _____