

[B] Certificat médical
À compléter par le médecin

1) Nom du médecin traitant _____ Prénom _____
(en caractères d'imprimerie s.v.p.)

Adresse _____

2) Nom de la victime _____ Prénom _____

Adresse _____

3) Date de l'accident _____

4) Date et heure du premier examen médical _____ h

Type de blessure **Partie(s) du corps**

Pour renseigner **plusieurs blessures**, vous pouvez numéroter les blessures et parties du corps.

<input type="radio"/> Foulure <input type="radio"/> Claquage <input type="radio"/> Déchirure musculaire (rupture) <input type="radio"/> Déchirure du tendon (rupture) <input type="radio"/> Froissement (contusion) <input type="radio"/> Entorse ([dis]torsion) <input type="radio"/> Fracture <input type="radio"/> Désarticulation (luxation) <input type="radio"/> Brûlure <input type="radio"/> Écorchure <input type="radio"/> Coupure <input type="radio"/> Commotion cérébrale sans syncope <input type="radio"/> Commotion cérébrale avec syncope <input type="radio"/> Blessure dentaire <input type="radio"/> Autre(s) _____ _____ _____	<p>Tête et visage</p> <input type="radio"/> Tête <input type="radio"/> Visage <input type="radio"/> Yeux G/D <input type="radio"/> Oreilles G/D <input type="radio"/> Nez <input type="radio"/> Bouche <p>Nuque et tronc</p> <input type="radio"/> Cou/nuque G/D <input type="radio"/> Poitrine/ventre G/D <input type="radio"/> Dos G/D <input type="radio"/> Parties génitales G/D <p>Membres supérieurs</p> <input type="radio"/> Épaule G/D <input type="radio"/> Bras (haut) G/D <input type="radio"/> Coude G/D <input type="radio"/> Avant-bras G/D <input type="radio"/> Poignet G/D <input type="radio"/> Main G/D <input type="radio"/> Doigts G/D	<p>Membres inférieurs</p> <input type="radio"/> Hanche G/D <input type="radio"/> Aine G/D <input type="radio"/> Cuisse G/D <input type="radio"/> Genou G/D <input type="radio"/> Jambe (bas) G/D <input type="radio"/> Cheville G/D <input type="radio"/> Talon G/D <input type="radio"/> Pied G/D <input type="radio"/> Orteils G/D <p>Autre(s)</p> _____ _____ _____ _____ _____ _____
---	---	--

Questionnaire

- Estimez-vous que la/les lésion(s) constatée(s) peut/peuvent avoir eu pour cause l'accident relaté ? Oui Non
- Y a-t-il concours d'un état antérieur (maux/maladies)?
 Non
 Oui. La victime n'était pas entièrement rétablie (rechute)
 Oui. La victime était totalement rétablie (récidive)
- Durée probable du traitement? Oui Non
- Durée probable du traitement
 Néant 1 à 14 jours 15 à 30 jours 1 à 2 mois Plus de 2 mois
- Prévoyez-vous une guérison complète? Oui Non Ne peut être déterminé
- Quand estimez-vous que la victime pourra reprendre le sport à 100 %?
 Immédiatement Dans 1 à 14 jours Dans 15 jours à 2 mois Dans plus de 2 mois Ne peut être déterminé

Fait à _____ le _____

Signature du médecin **Cachet**