

1) Nom du médecin (en majuscule svp) \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 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 ((dis)torsion) <input type="radio"/> Entorse ((dis)torsie) <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) _____ _____ _____	<b>Tête et visage</b> <input type="radio"/> Tête <input type="radio"/> Visage <input type="radio"/> Yeux G/D <input type="radio"/> Orelles G/D <input type="radio"/> Nez <input type="radio"/> Bouche  <b>Nuque et tronc</b> <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  <b>Membres supérieurs</b> <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	<b>Membres inférieurs</b> <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  <b>Autre(s)</b> _____ _____ _____

**QUESTIONNAIRE**

1) Estimez-vous que la/les lésion(s) constatée(s) peut/peuvent avoir eu pour cause l'accident relaté?  Oui  Non

2) 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)

3) Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée?  Oui  Non

4) Durée probable du traitement?  
 Néant  1 à 14 jours  15 à 30 jours  1 à 2 mois  Plus de 2 mois

5) Prévoyez-vous une guérison complète?  Oui  Non  Ne peut être déterminé

6) Quand estimez-vous que la victime pourra reprendre le sport à 100%?  
 Immédiatement  1 à 14 jours  15 jours à 2 mois  Dans plus de 2 mois  Ne peut être déterminé

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature du médecin**