

Rapport médical pour:

N° de police:

**Questions concernant l'événement:**

1. Date du premier traitement en lien avec l'événement: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_
2. Indiquer le diagnostic exact (sans abréviation): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Y a-t-il eu d'autres traitements ou des consultations de suivi?  oui  non
4. Quand le patient est-il tombé malade ou a-t-il eu son accident? Date: \_\_\_\_\_
5. Cette pathologie a-t-elle déjà été soignée auparavant une ou plusieurs fois?  oui  non  
Si oui, quelles ont été les périodes de traitement? \_\_\_\_\_ Dates: \_\_\_\_\_
6. Anamnèse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Y a-t-il eu une détérioration grave et inattendue de l'état de santé du patient?  oui  non  
Si oui, quand? \_\_\_\_\_
8. Le patient était-il dans l'incapacité de travailler?  oui  non  
Si oui, de: \_\_\_\_\_ à: \_\_\_\_\_
9. Le patient a-t-il eu un traitement hospitalier?  oui  non  
Si oui, de quelle date à quelle date? (Veuillez joindre une copie de la feuille de sortie du patient)
10. Le patient a-t-il subi une opération?  oui  non  
Si oui, date de l'opération: \_\_\_\_\_
11. Quand la date de l'opération a-t-elle été convenue? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Questions concernant la capacité du patient à voyager**

12. Comment était l'état de santé au moment de la réservation du voyage?  
Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Quand a-t-on pu observer pour la première fois que le voyage ne pourrait pas avoir lieu en raison de l'état de santé du patient?  
Date: \_\_\_\_\_  
Motifs: \_\_\_\_\_
14. Avez-vous été informé par votre patient de son intention de voyager?  oui  non  
Si oui, quand? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
15. D'après vous, quand le patient aurait-il pu à nouveau entreprendre le voyage? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Autres remarques:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lieu et date

Tampon et signature