

Fiche documentaire après traumatisme de l'épaule

suva

Numéro de sinistre:

Date de l'accident:

Employeur:	Nom:
	Rue, NP lieu:

Patient:	*Prénom/ * nom:	N° AVS:
	Rue:	*Date naiss.:
«* = champ obligatoire»	NP lieu:	Profession:

Premières constatations générales:

Date de l'examen: _____ Date et heure de l'accident: _____ /

Date de la première consultation: _____ chez le médecin:

Déroulement de l'accident (description la plus précise possible):

Comportement après l'évènement: Poursuivre l'activité comme:
 Mettre l'activité en pause comme:
 Autres:

Quand et comment le retour à domicile a-t-il été entrepris?

Épaule blessée: Droite Gauche

Troubles antérieurs à la même épaule: non oui

Autres troubles causés par l'accident actuel: non oui

Lesquels:

Constatations médicales à l'épaule (buste dévêtu):

Signes externes de lésion (contusions, écorchures, hématomes, etc.): non oui

Lesquels:

Douleurs à la pression locale: non oui

Lesquelles:

Neurologie (orientation): normale pathologique

Lesquels:

Radiographie effectuée: non oui

Si oui, constatations: normales pathologiques

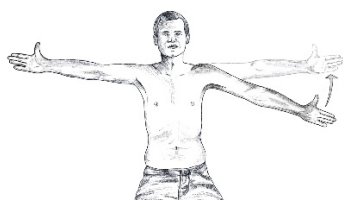
Lesquels:

Date de la radiographie:

Nom de l'institut radiologique:

Mesure des mouvements, si possible selon la méthode du zéro neutre et indications pour le côté opposé (voir images)

Mouvement	Valeurs selon la méthode du zéro neutre		
	Épaule blessée <input type="radio"/> Droite <input type="radio"/> Gauche	Côté opposé	
Élévation active au-dessus de l'horizontale possible?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	— —	— —
Élévation passive au-dessus de l'horizontale possible?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	— —	— —
Abduction active au-dessus de l'horizontale possible?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	— —	— —
Abduction passive au-dessus de l'horizontale possible?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	— —	— —
La main peut-elle être activement retirée du dos (test lift off)?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui		



Abduction



Élévation



Lift off

Thérapie mise en œuvre et auprès de qui?

Incapacité de travail comme : non oui à : %

Adressage à un spécialiste et/ou diagnostic complémentaire nécessaire/prévu? non oui

Nom du spécialiste:

Remarques:

Fournisseur de prestation:

* Nom:

Rue:

*GLN.:

«* = champ obligatoire»

* NP lieu:

RCC:

eMail:

Téléphone:

Exécutant:

Nom:

si différent du fournisseur de prestation

Date:

Signature: _____
superflu pour envoi électronique

Transmission électronique

Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez envoyer les données électroniquement à Suva.

Si vous avez des problèmes d'espace, vous pouvez utiliser le champ supplémentaire à la page suivante

- Transmission électronique à l'assurance-accidents (cas échéant aussi par courrier postal)
- 1 exemplaire imprimé pour le-la patient-e (cas échéant pour le prochain médecin traitant)

Champ
supplémentaire:

- Transmission électronique à l'assurance-accidents (cas échéant aussi par courrier postal)
- 1 exemplaire imprimé pour le·la patient·e (cas échéant pour le prochain médecin traitant)