



## 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 \_\_\_\_\_

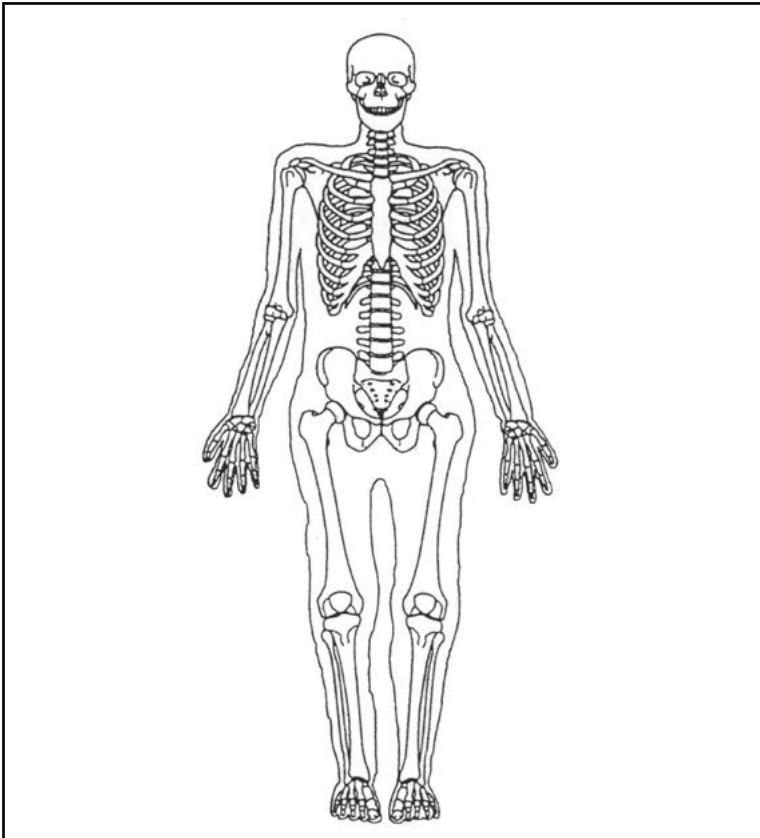
7. Si la blessure a causé la perte totale et irrécouvrable de l'ouïe et de la parole, indiquez à quelle date une telle perte a été encourue 

	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 INDICER LE NIVEAU DE L'AMPUTATION SUR LE GRAPHIQUE SUIVANT.



Signature du médecin traitant \_\_\_\_\_ Date 

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

Adresse du médecin traitant \_\_\_\_\_