

Exemplaire destiné à Ethias A.A.M.

Rue des Croisiers, 24 – 4000 LIEGE - Tél. (04) 220 31 11 - Fax (04) 220 33 50

CERTIFICAT MEDICAL

Modèle B

- (1) Nom, prénoms, qualité, adresse du médecin.
- (2) Nom, prénoms, adresse de la victime.
- (3) Indiquer le genre et la nature des blessures, les parties du corps atteintes : fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts ; lésions internes, asphyxie, etc...
- (4) Indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées : mort – incapacité permanente, totale ou partielle – incapacité temporaire, totale ou partielle, en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire.
- (5) Le fait que le médecin a mission de constater est l'incapacité résultant normalement des lésions mêmes, sans avoir égard à toutes autres circonstances.
- (6) Indiquer, selon les cas, que le blessé est soigné à son domicile, ou à celui du médecin, ou à tel hôpital, ou encore à tel autre endroit.
- (7) Si le médecin a cette conviction en indiquer les motifs d'une manière précise afin de permettre à l'administration de prendre décision en parfaite connaissance de cause.

Le soussigné (1)
..... ayant examiné (2)
.....
après l'accident qui lui est survenu le
déclare :

1° Que l'accident a produit les lésions suivantes (3)
.....
.....

2° Que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence (4)
Incapacité totale probable : jours, soit du au
Incapacité partielle probable : jours, soit du au à %

3° Que le début de l'incapacité (5) a été (sera) le
.....

4° Que le blessé est soigné (6)
.....
.....

5° Qu'il a (ou non) la conviction que la blessure ou la maladie constatée a pour cause l'accident relaté (7)
.....
.....

Fait à, le à h.

Signature

Déclarations complémentaires

1. Y a-t-il concours de circonstances, telles qu'infirmités, maux ou maladie, susceptibles de provoquer des complications ? Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2. Quand la victime a-t-elle recouru pour la première fois à vos soins ?	Le
3. Doit-on craindre une issue fatale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4. Doit-on craindre une invalidité permanente ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON %
5. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ? Laquelle ? Dans quel établissement et par quel chirurgien ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6. Le blessé peut-il se déplacer ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON