DOCUMENT A RENVOYER COMPLÉTÉ ET SIGNÉ À IDH - INSPECTION DU HAINAUT
Rue des Jésuites, 28 - 7500 Tournai
idh@idh-assurances.be

IdH ASSURANCES
Inspection du Hainaut

Certificat Médical

(À compléter par le médecin)
Doit être renvoyé dans un délai raisonnable au destinataire :

Nom et Prénom de la victime :	**Référence sinistre :** .....
Date de l'accident :	**N° de police :** .....
Coordonnées du Preneur d'Assurance (école, groupement, Institution) :	

Jour, heure et endroit du premier examen	
DIAGNOSTIC TRES COMPLET DE L'AFFECTION Signes objectifs : (indiquer très exactement le genre, la nature et la gravité des blessures, les parties du corps atteintes)	
Symptômes SUBJECTIFS accusés par le blessé	
Date et origine des lésions d'après le blessé	
Les constatations objectives rendent-elles vraisemblables ou invraisemblables, l'origine signalée par le blessé, la date indiquée par lui. Dans la négative, sur quelles constatations vous basez-vous ?	
Le blessé peut-il continuer à travailler totalement ou partiellement ?	
Si non, à quelles date a-t-il dû cesser le travail ?	
Quelle sera approximativement la durée du traitement ?	
PRONOSTIC : A - Guérison complète B - Invalidité permanente totale ou partielle C - Décès	
N'y a-t-il rien chez le blessé qui puisse normalement aggraver les conséquences de l'accident ?	
Infirmités antérieures :	
Des soins constants sont-ils donnés ? Où et par qui ?	
Jugez-vous utile de recourir à l'intervention d'un autre médecin (spécialiste, chirurgien, radiologiste etc... et pourquoi ?	
Jugez-vous de l'intérêt du blessé ou de la compagnie de faire hospitaliser la victime ? Pourquoi ?	
Observations particulières :	

Fait à ....., le ...../...../20.....
Signature du médecin

Nom et adresse et cachet du médecin