



## Section B – Déclaration du médecin traitant

Les frais éventuels liés au remplissage de ce formulaire sont à la charge de la personne concernée.

### Informations de la personne blessée

1. Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_
2. Date de naissance \_\_\_\_\_

### Informations sur l'accident et sur la perte de la vue

1. Date de l'accident \_\_\_\_\_
2. Genre d'accident  de travail  de véhicule à moteur  de sport  autre \_\_\_\_\_
3. Au moment de l'accident, la personne était-elle sous l'influence de stupéfiants, d'alcool, ou avait-elle fait une surdose d'hallucinogènes, de drogues non prescrites par un médecin, de poison, de gaz ou d'essence?  Oui  Non
- Si oui, veuillez indiquer les détails et les résultats des tests \_\_\_\_\_
4. Description de la perte de la vue \_\_\_\_\_
5. Est-ce que la perte de la vue résulte directement et uniquement des blessures subies à la suite de l'accident?  Oui  Non
6. Niveau de l'amputation ou % de la perte de la vue \_\_\_\_\_ Date de la perte de la vue \_\_\_\_\_

### Perte de la vue

1. Date du dernier examen \_\_\_\_\_

	Œil gauche		Œil droit	
Acuité visuelle				
Acuité avec verres				
La vision peut être corrigée, en tout ou en partie, par	<input type="checkbox"/> Verres <input type="checkbox"/> Opérations	<input type="checkbox"/> Traitements <input type="checkbox"/> Aucun moyen	<input type="checkbox"/> Verres <input type="checkbox"/> Opérations	<input type="checkbox"/> Traitements <input type="checkbox"/> Aucun moyen

2. La perte de la vue est-elle le résultat direct de l'accident, sans influence d'aucune autre cause?  Oui  Non

Si non, veuillez expliquer \_\_\_\_\_

### Paralysie

1. L'accident a-t-il entraîné une  Quadriplégie  Paraplégie  Hémiplégie
2. Date de début de la paralysie \_\_\_\_\_
3. L'accident est-il la seule cause de la paralysie?  Oui  Non
4. Si la paralysie ne résulte pas d'un accident, quels sont les antécédents médicaux ayant entraîné la paralysie?  
\_\_\_\_\_
5. La paralysie est-elle permanente, totale et irrémédiable?  Oui  Non

6.

	Nom du médecin traitant	Hôpital ou clinique	Date
Autres médecins traitants			_____
Hôpital ou autres établissements traitants de la personne blessée			_____

7. Commentaires

## Section C – Informations sur le médecin traitant

1. Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_
2. Spécialité \_\_\_\_\_ 3. N° de permis \_\_\_\_\_
4. Hôpital ou clinique \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du médecin traitant

