

# Fiche documentaire après traumatisme de l'épaule



**suva**  
swiss  
orthopaedics

Numéro de sinistre:

Date de l'accident:

<b>Employeur:</b>	Nom:
	Rue, NP lieu:

<b>Patient:</b>	*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

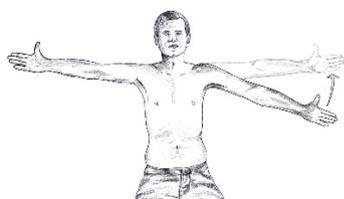
Lesquels:

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)

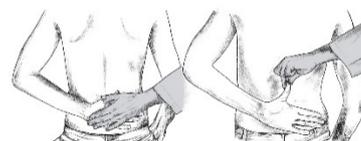
Mouvement	Valeurs selon la méthode du zéro neutre		
	Épaule blessée <input type="radio"/> Droite <input type="radio"/> Gauche	Côté opposé	
Élévation active au-dessus de l'horizontale possible?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	— —	— —
Élévation passive au-dessus de l'horizontale possible?	<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)