|  |  |
| --- | --- |
| **Rapport médical** | |
| **Données relatives à la personne concernée:**  Nom:  Prénom:  Date de naissance:  Nationalité: | **A envoyer à:**  L’expéditeur de la demande du rapport médical |
| **Nom et adresse du médecin:**  Nom:  Prénom:  Adresse: | **But du rapport médical:**  Le présent rapport médical doit contenir des informations sur l’anamnèse, le diagnostic, le pronostic, ainsi que sur le traitement nécessaire et adéquat, afin que la situation médicale de l’intéressé (e) puisse être appréhendée de manière complète.  Les données qui suivent seront traitées de manière confidentielle. |

**🡪 A remplir de préférence sous forme électronique et dans un langage accessible à des non professionnels**

(https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/service/formulare.html)

# 1. Constatations médicales

Examen du:  suivi depuis:  traitement jusqu’à:

**1.1 Anamnèse**(Famille pays d’origine, arrivée en Suisse, maladies ou accidents antérieurs, situation somatique ou psychique particulièrement éprouvante [p.ex. indication au sujet de violences vécues])

**1.2 Douleurs et troubles annoncés**

**1.3 Statut**(général et local, fonctions physiques et psychiques affectées, toxicomanie, résultats de laboratoire, Rx, ECG, EEG etc.)

**1.4 Evolution**

# Diagnostic

(pour la psychiatrie, selon ICD 10)

# 3. Traitement

**3.1 Traitement actuel**

Depuis :  probablement jusqu’au :

Si oui, lequel?

**3.2 Traitement nécessaire et adéquat à entreprendre**

Depuis : probablement jusqu’au :

Si oui, lequel?

**3.3 Quels contrôles médicaux doivent être assurés en vue d’un traitement selon chiffre 3.2?**

# 4. Pronostic

**4.1 Pronostic sans traitement au sens du chiffre  3.2**

actuel et/ou  futur

**4.2 Pronostic avec traitement au sens du chiffre  3.2**

actuel et/ou  futur

# Remarques éventuelles du médecin

Le Secrétariat d’Etat aux migrations SEM vous prie de bien vouloir désigner avec précision les éventuels rapports médicaux établis par des hôpitaux ou des médecins-spécialistes, afin qu’ils puissent être, en cas de nécessité, demandés par un expert médical.

Annexes:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Lieu et date) (Timbre et signature du médecin)

**Envoyez svp ce formulaire par la poste! Meilleures salutations**