



Institut National de Recherche
sur les Transports et leur Sécurité



Hôpitaux de Lyon



«ESPARR» UMRESTTE INRETS - 25 avenue François Mitterrand - Case 24 - 69675 Bron Cedex – Tél : 04 72 14 25
13

Hôpital Henry Gabrielle, Route de Vourles, 69565 Saint Genis Laval

ESPARR

Etude de Suivi d'une Population d'Accidentés de la Route dans le Rhône

Evaluation à 3 ans

Adultes et jeunes à partir de 16 ans compris

Merci de bien vouloir compléter le document et nous le renvoyer à l'aide de l'enveloppe déjà affranchie ci-jointe

I. VOTRE ETAT DE SANTE AUJOURD'HUI

SA.1 Au sujet de votre état de santé à ce jour (merci de cocher la case correspondant à votre situation)

- Mon état de santé à ce jour est bon, et je n'ai plus aucune séquelle de cet accident.
 Mon état de santé à ce jour est dégradé, pour des raisons indépendantes de l'accident.
 Mon état de santé à ce jour est dégradé, pour des raisons en relation avec l'accident.

SA2. Si votre état de santé est dégradé, pouvez vous nous indiquer ci-dessous pour quelles raisons ? (que ce soit en relation ou non avec l'accident)

II. REPERCUSSIONS FINANCIERES

Concernant votre accident de circulation de l'année 2004-2005

II.1 En ce qui concerne la sécurité sociale

Fi.1. Avez-vous reçu des ITT (indemnités temporaires) de la part de la Sécurité sociale ?

- oui non je ne sais pas

Si oui, pendant quelle durée ? jours

Fi.2 A quelle date votre état de santé a-t-il été reconnu comme consolidé par la Sécurité Sociale ?

Ou pas encore consolidé

Fi.3 Que pouvez-vous nous dire à propos de l'intervention de la Sécurité Sociale sur votre dossier ?

II.2 En ce qui concerne les assurances

Fi.4. A quelle date s'est faite la transaction ou la dernière décision judiciaire ?

 |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Ou pas encore réglé pas de règlement par l'assurance

Fi.5. Si le règlement a eu lieu, s'est-il fait :

Fi.5.1 Par transaction à l'amiable ? oui non je ne sais pas

Fi.5.2 Après recours judiciaire ? oui non je ne sais pas

Si oui à quel niveau

Fi.5.2.1 décision judiciaire de premier degré oui non je ne sais pas

Fi.5.2.2 décision judiciaire après appel oui
 non
 je ne sais pas

Fi.6 Votre assurance a-t-elle retenu pour vous une part de responsabilité ?

oui non je ne sais pas

Fi.7 Une incapacité permanente (IPP) a t-elle été déterminée ?

oui non je ne sais pas

Si oui :

Fi7.1 Quel taux d'IPP a été retenu ? |_|_|

Fi7.2 Avez-vous reçu :

Une rente d'IPP ?

Un capital ?

Une indemnisation plafonnée dans le cas d'une assurance « conducteur » ?

Fi.8 Avez-vous reçu une indemnisation pour (cocher la ou les cases qui correspondent à votre situation)

Pretium doloris (gravité de la souffrance endurée) Quel degré ? |_|_|
Préjudice esthétique Quel degré ? |_|_|
Préjudice d'agrément.....
Autres indemnités

Précisez lesquelles ?

Fi.9 Etes-vous satisfait du montant de l'indemnisation ?

oui non je ne sais pas

Fi.10 Que pouvez-vous nous dire à propos de l'intervention de l'assurance sur votre dossier (en particulier pouvez-vous nous dire si vous avez eu des tracas et de quels types, ou si vous êtes satisfait du traitement de votre situation par l'assurance) ?

Fi.11 Le cas échéant, acceptez-vous de nous dire quel a été le montant des indemnisations reçues afin que nous puissions faire des analyses statistiques sur celles-ci, ou acceptez-vous que nous nous adressions à votre assurance pour obtenir ces montants ?

oui non je ne sais pas

Si oui :

Montant des indemnisations reçues de la part de l'assurance

Ou

Nom et adresse de l'assurance qui a réglé votre dossier d'accident

Questionnaire rempli par :

Auto questionnaire Entretien dans un centre médical

Téléphone Autre

Personne qui a répondu :

La personne concernée elle-même

Une autre personne : Proche Soignant

Si le questionnaire a été rempli par un enquêteur : Nom de l'enquêteur _____

Date de remplissage du questionnaire

JJ	MM	AAAA							

Nous vous remercions très chaleureusement de votre collaboration.