|  |  |
| --- | --- |
| **Rapport médical (Etrangers)**  **visant à établir les faits médicaux dans une procédure de droit des étrangers** | |
| **Données relatives à la personne concernée:**  Nom:  Prénom:  Date de naissance:  Nationalité: | **A remettre à la personne concernée ou à son représentant légal** |
| **Nom, adresse et spécialité du médecin:**  Nom:  Prénom:  Adresse:  Spécialité : | **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. Le présent document peut être chargé sur le site internet du SEM, sous « questions d’ordre médical », « rapport médical (étrangers) » à l’adresse suivante :**

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

# 1. Constatations médicales

Suivi depuis:  traitement jusqu’à:

**1.1 Anamnèse**(arrivée en Suisse, maladies ou accidents antérieurs, traitements 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 (préciser la nature du traitement et les médicaments prescrits) ?

**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

Annexes:

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

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