|  |  |
| --- | --- |
| **Rapport médical visant à établir les faits médicaux dans la procédure d’asile** | |
| **Données relatives à la Personne concernée:**  Nom:  Prénom:  Date de naissance:  Nationalité: | **Veuillez renvoyer ce formulaire par courrier à l'adresse suivante du SEM :**  Sélectionner l’adresse correcte dans le menu déroulant:  **Staatssekretariat für Migration Bern, Quellenweg 6, 3003 Bern-Wabern** |
| **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 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>)

# Constatations médicales

Examen du:       suivi depuis:       traitement jusqu’à:

## Anamnèse:

## Douleurs et troubles annoncés:

## Statut:

(Général et local, fonctions physiques et psychiques affectées, toxicomanie, résultats de laboratoire, Rx, ECG, EEG etc.)

## Evolution:

# Diagnostic

(Selon ICD 10)

# Traitement

## Traitement actuel (thérapie, médicaments, etc.)

Depuis:       probablement jusqu’au:

Si oui, lequel?

## Traitement nécessaire et adéquat à entreprendre

Depuis:       probablement jusqu’au:

Si oui, lequel?

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

# Pronostic

## Pronostic sans traitement au sens du chiffre 3.2

actuel et/ou  futur

## Pronostic avec traitement au sens du chiffre 3.2

actuel et/ou  futur

# Possibilités de traitement dans les pays d’origine

Dans le cadre de la procédure, le Secrétariat d’Etat aux migrations examine d’office la question des possibilités de traitement dans le pays d’origine qui peuvent être complétées par des mesures d’aide médicale au retour.

## Connaissez-vous éventuellement un médecin ou une structure médicale qui pourrait assurer le traitement nécessaire dans le pays d’origine?

oui  non

Si oui, nom et adresse exacte:

## D’un point de vue médical, qu’est-ce qui irait à l’encontre d’un traitement médical dans le pays d’origine?

# Remarques éventuelles du médecin

Le Secrétariat d’Etat aux migrations 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**