

Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma

B. Soltermann, T. Ettlín

Kommentar

Die Schweizer Privatassekuranz hat bereits 1994 einen Halswirbelsäulenfragebogen eingeführt. Dieser wurde jeweils im Nachgang zu einer HWS-Distorsion, insbesondere nach Auffahrunfällen, dem behandelnden Arzt zur Beantwortung zugeschickt. Jede Versicherungsgesellschaft hat diesen Fragebogen ihren Eigenheiten entsprechend etwas abgeändert.

Aufgrund neuer Erkenntnisse sowohl in diagnostischer und therapeutischer Art wie auch in der administrativen Fallführung, und nicht zuletzt auch, um den Patienten gerecht zu werden, hat der Schweizerische Versicherungsverband SVV unter Mithilfe von Herrn Prof. Dr. med. Thierry Ettlín einen Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma erarbeitet. Dieser Bogen hat zum Ziel, den Patienten durch eine klare und strukturierte Befragung, Anamnese- und Befunderhebung in seiner Gesamtheit zu erfassen und zu einer Diagnose zu gelangen, welche die Therapie entsprechend den Empfehlungen der Schweizerischen Arbeitsgruppe über diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Akutphase nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma gewährleistet [1].

Die Anleitung für die Anamnese und klinische Untersuchung in der Akutphase soll als hilfreiches Instrumentarium zum korrekten medizinisch-diagnostischen Vorgehen bei der Erstkonsultation dienen.

Sowohl Fragebogen wie auch Anleitung wurden bei verschiedensten medizinischen Fachgesellschaften in die Vernehmlassung gegeben. Die Antworten fielen allesamt positiv aus. Die Anregungen der Fachgesellschaften wurden sowohl in den Fragebogen wie auch in die Anleitung eingearbeitet. Auch bei der Suva und der santésuisse findet dieser Erstdokumentationsbogen die volle Unterstützung, so dass ab 1. März 2003 alle Unfallpatienten mit kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma in der Schweiz mit Hilfe dieses Bogens erfasst werden sollen.

Dokumentationsbogen und Anleitung sind in deutscher, französischer und italienischer Sprache vorhanden, und zwar sowohl in elektronischer wie auch in Papierform. Der vorliegenden Ausgabe ist ein Couvert beigelegt, in welchem Sie den Bogen und die Anleitung in allen drei Landessprachen in Papierform vorfinden. Für Internetbenutzer sind die Erstdokumentationsbogen und deren Anleitungen ebenfalls in allen drei Landessprachen via Homepage Medizinischer Dienst des Schweizerischen Versicherungsverbandes (med.svv.ch) abrufbar. Aus technischen und datenschützerischen Gründen kann dieser Bogen jedoch nicht online ausgefüllt und an die zuständige Versicherung per Mail geschickt, sondern er muss ausgedruckt werden. Er kann selbstverständlich als Echtzeitdokument in die Krankengeschichte abgelegt werden. Eine Hybrid-CD für Windows- und Macintosh-System mit denselben Dokumenten wird auf Anfrage beim Schweizerischen Versicherungsverband SVV, Daniela Wagner, C. F. Meyer-Strasse 14, Postfach 4288, 8022 Zürich, zugestellt.

Der vollständig ausgefüllte Dokumentationsbogen ist nach Bekanntwerden des zuständigen Unfall- oder Krankenversicherers diesem zuzustellen und wird dann zusätzlich zu den Konsultations- und anderweitigen Abklärungskosten mit Fr. 100.– honoriert.

Der Erstdokumentationsbogen soll bei der Erstkonsultation auf der Notfallstation oder beim Notfallarzt und allenfalls dann noch bei einer Überweisung an den Hausarzt bei dessen Erstkonsultation verwendet werden; spätere Verwendungen werden nicht mehr speziell vergütet.

Die Zukunft wird zeigen, ob durch diesen Dokumentationsbogen und dem therapeutischen Vorgehen in der Akutphase nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma die Chronifizierungen und traurigen Einzelschicksale vermindert werden können. Eine diesbezügliche Studienbegleitung ist vorgesehen.

1 Strelbel HM, Ettlín T, Annoni JM, Caravatti M, Jan S, Gianella C, et al. Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Akutphase nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (sog. Schleudertrauma). Schweiz Med forum 2002;2(47):1119-25.

Korrespondenz:
Dr. med. Bruno Soltermann
Schweizerischer Versicherungsverband SVV
C. F. Meyer-Strasse 14
Postfach 4288
CH-8022 Zürich

E-Mail: bruno.soltermann@svv.ch

Anleitung für die Anamnese und klinische Untersuchung in der Akutphase

Die erste ärztliche Untersuchung nach einem kranio-zervikalen Beschleunigungstrauma erfolgt in der Regel abhängig vom Beschwerdeausmass in einer Notfallstation oder einer Arztpraxis. Ziel der ersten ärztlichen Untersuchungen in der Akutphase ist die Dokumentation des Unfallablaufes aufgrund der Schilderung des Patienten, die Erfassung der aufgetretenen Beschwerden und die Erhebung der klinischen Befunde anhand einer auf die wesentlichen Bereiche gewichteten muskuloskelettalen und neurologischen Untersuchung. Für eine konsistente Frühdokumentation und die therapeutische Führung ist es unumgänglich, dass der Hausarzt bei Übernahme des Patienten die Anamnese und klinische Untersuchung auch bei vorgängig erfolgter Erstkonsultation auf einer Notfallstation selber nochmals durchführt.

Der Dokumentationsbogen ist ein checklistenartiges Erfassungsinstrument, der sowohl als Fragebogen für den Unfallversicherer als auch für die eigene Dokumentation in der Krankengeschichte dienen kann. Er umfasst folgende Rubriken:

1. Unfallhergang;
2. Chronologische Befragung zum Unfallablauf;
3. Angaben des Patienten zu den Beschwerden;
4. Frühere Anamnese;
5. Untersuchungsbefunde,
 - a) Schmerzen / Beweglichkeit im Bereich der HWS,
 - b) Schmerzen / Funktionseinschränkung an anderer Lokalisation,
 - c) Neurologische Untersuchung,
 - d) Aktuelle Bewusstseinslage,
 - e) Äussere Verletzungen,
 - f) Röntgen,
 - g) Sonstige Feststellungen oder Auffälligkeiten;
6. Vorläufige Diagnose;
7. Therapie / angeordnete Massnahmen.

1. Unfallhergang

Der Patient soll frei die Art des Unfalls, den Unfallhergang und die Unfallumstände schildern. Im häufigsten Fall einer Autokollision soll erfragt werden, ob Kopfstützen vorhanden waren und der Sicherheitsgurt getragen wurde. Die Angaben des Patienten zu Geschwindigkeiten und Energieeinwirkungen widerspiegeln sein subjektives Erleben und sind keine unfallmechanische Interpretation.

2. Chronologische Befragung zum Unfallablauf

Zum Ausschluss einer Hirnerschütterung (syn. leichte traumatische Hirnverletzung, *Comotio cerebri*) muss der Arzt Klarheit über ein lückenloses Erinnerungsvermögen des Patienten an den Unfallablauf erhalten. Dazu empfiehlt sich eine schrittweise Befragung der chronologischen Abfolge der Ereignisse, ohne mit Suggestivfragen einzuwirken. Dazu kann einleitend gefragt werden, was genau eines nach dem andern passiert ist. Ein ununterbrochenes Erinnerungsvermögen kann angenommen werden, wenn das Kollisionsgeräusch gehört wurde, die Einwirkung auf den Körper und ein Bewegungseffekt wahrgenommen wurde und das eigene Verhalten nach Stillstand des Wagens lückenlos beschrieben wird. Weiter kann ein uneingeschränktes Bewusstsein angenommen werden, wenn das Verhalten und die Reaktionen des Patienten am Unfallort der Situation entsprechend nachvollziehbar waren. In diesem Zusammenhang soll auch das psychische Erleben des Patienten exploriert werden. War der Patient in einem Angst- oder Schreckzustand? Gab es andere Umstände, die ein eventuell lückenhaftes Gedächtnis oder einen veränderten Bewusstseinszustand erklären?

3. Angaben des Patienten zu den Beschwerden

Die Befragung beinhaltet die Art der Beschwerden, den Zeitpunkt ihres Auftretens und den Verlauf bis zur Konsultation. Für den weiteren Verlauf nützlich ist die subjektive Einschätzung der Stärke von Schmerzen, insbesondere für angegebene Nacken- und Kopfschmerzen. Es soll zwischen spontan angegebenen und erfragten Zusatzbeschwerden unterschieden werden. Frühe Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen, vegetative Zeichen, ängstliche, dissoziative oder depressive Symptome werden von manchen Patienten nicht spontan angegeben. Weil sie ein erhöhtes Chronifizierungsrisiko anzeigen, empfiehlt es sich, in einem nicht suggestiven, kursorisch gehaltenen Stil nach solchen Beschwerden zu fragen. Falls solche Beschwerden vorhanden sind, sollen sie als wesentlicher Teil der frühen therapeutischen Führung mit dem Patienten im Rahmen des gesamten medizinischen Kontextes erklärend eingeordnet und im weiteren Verlauf beachtet werden.

4. Frühere Anamnese

Hier geht es um Angaben zu früheren Unfällen mit HWS-, Wirbelsäulen- und/oder Kopfbeteiligung und Angaben zu früheren behandlungsbedürftigen HWS- oder Rückenbeschwerden sowie

auch anderweitigen Beschwerden und deren allfällige Behandlung. Wichtig ist auch die Befragung über frühere Kopfschmerzen inkl. einer Familienanamnese mit Migränekopfschmerzen. Weil psychosoziale Belastungen den Verlauf von Unfallfolgen erschweren können und bei der therapeutischen Führung beachtet werden müssen, soll man sich auch ein Bild über die familiäre und berufliche Situation des Patienten machen.

5. Untersuchungsbefunde

Die körperliche Untersuchung umfasst einen muskuloskelettalen und einen neurologischen Status.

a) Schmerzen/Beweglichkeit im Bereich der HWS

Bei der Inspektion des stehenden Patienten soll auf Fehlhaltungen wie Protraktion oder Lateralisierung des Kopfes/Halses, Schulterhochstand, Abflachung der physiologischen BWS-Kyphose und vorbestehende Haltungsanomalien der Wirbelsäule geachtet werden. Prinzipiell sollen in der Akutphase nur aktive, d.h. durch den Patienten selber auszuführende Beweglichkeiten geprüft werden. Dies entspricht auch dem «hands-off»-Prinzip der physiotherapeutischen Behandlung während der ersten drei Wochen. Bei der aktiven Beweglichkeitsprüfung soll zur Verlaufsbeurteilung die Rotation und Seitenneigung des Kopfes in Gradzahlen, die Flexion/Extension mit dem Kinn-Sternum-Abstand in cm gemessen werden. Es folgt die Palpation mit Beschreibung von Schmerzlokalisierung und Tonuserhöhungen im Bereich der Hals-, Nacken-, Schultergürtel- und Interskapulärmuskulatur. Auf dem Schema kann die Lokalisation von Druckschmerzen aufgezeichnet werden.

b) Schmerzen / Funktionseinschränkung an anderer Lokalisation

Hier können Schmerzen und Funktionseinschränkungen an anderer Lokalisation, insbesondere im Bereiche des Rumpfes, aufgeführt werden.

c) Neurologische Untersuchung

Auf dem Dokumentationsbogen sind die wichtigsten Lokalisationen der Muskelfunktionen und der Sensibilität sowie die Muskeleigenreflexe an den oberen Extremitäten bezeichnet. Weitergehende Auffälligkeiten können unter «Andere pathologische neurologische Befunde» aufgeführt werden.

Die neurologische Untersuchung umfasst die Prüfung der Hirnnerven, der Muskelkraft, der Reflexe, der motorischen Koordination und der Sensibilität. Die Hirnnervenprüfung kann kursorisch durchgeführt werden mit Inspektion des Gesichtes nach auffälligen Asymmetrien, mit manueller Prüfung des Gesichtsfeldes, der Blickfolgebewegungen mit Frage nach Nystagmus, der mimischen Muskulatur, des groben Hörvermögens mittels Fingerreiben, der symmetrischen Gaumensegelnervation und der Sensibilität im Gesicht. Bei unfallanamnestischen oder klinischen Hinweisen auf eine durchgemachte Hirnerschütterung soll auch der Geruchssinn geprüft werden. Zusätzlich zu den Hirnnerven soll die Sensibilität in den Dermatomen C2 am Hinterkopf und C3 und C4 am Nacken und Hals geprüft werden.

Bei der Prüfung der Kraft und Sensibilität empfiehlt sich an den oberen Extremitäten die Untersuchung der radikulären Kennmuskeln C5–C8 (M. deltoideus, M. biceps br., M. triceps br., M. abductor dig. min.) und der entsprechenden radikulären Dermatome (s. Schema auf dem Dokumentationsbogen). An den unteren Extremitäten kann man sich im Normalfall auf die Prüfung des Fussspitzen- und Fersenganges und eine grobe Sensibilitätsprüfung beschränken. In der Akutphase kann es schwierig sein, schmerzbedingte von neurologisch verursachten Muskelschwächen zu unterscheiden.

Segmentale motorische und/oder sensible Defizite und/oder herabgesetzte/fehlende Muskeleigenreflexe weisen auf eine radikuläre Läsion oder eine Plexusläsion hin; Halbseitendefizite und/oder gesteigerte Muskeleigenreflexe weisen auf eine zerebrale oder medulläre Läsion hin. Wir empfehlen in jedem Fall von neurologischen Ausfällen ein umgehendes neurologisches Konsilium.

d) Aktuelle Bewusstseinslage

Bei jeglichen Hinweisen auf eine auch nur leicht eingeschränkte quantitative oder qualitative Bewusstseinslage wie eine psychomotorische Verlangsamung, Angabe einer anhaltenden Benommenheit, Orientierungsstörungen, auffälliges Schlafbedürfnis, agitiertes oder apathisches Verhalten u.ä. muss eine neurologische Abklärung und/oder medizinische Überwachung erfolgen.

e) Äussere Verletzungen

Neben offensichtlichen äusseren Verletzungen sollte insbesondere im Bereich des Skalpes auf kutane und subkutane Verletzungen geachtet werden.

f) Röntgen

g) Sonstige Feststellungen oder Auffälligkeiten

Hier sollen Art und Inhalt beobachteter Auffälligkeiten festgehalten werden, die im Zusammenhang mit dem erlittenen Unfall von Relevanz sind. Die freie Formulierung der Auffälligkeiten ist hilfreicher als die schnelle Zuschreibung zu einem Syndrom. Insbesondere nach einem psy-

chisch traumatisierenden Unfallereignis, einer durchgemachten Hirnerschütterung und/oder bei belastenden psychosozialen Umständen müssen psychopathologische Symptome frühzeitig beachtet werden.

6. Vorläufige Diagnose

7. Therapie / angeordnete Massnahmen

Den Dokumentationsbogen finden Sie im beigelegten Umschlag, auf Seite 363 sowie auf folgender Website: www.svv.ch

Fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cervical

B. Soltermann, T. Ettlin

Commentaire

Les assureurs privés suisses ont introduit depuis 1994 déjà un questionnaire «rachis cervicale». Ce questionnaire est envoyé au médecin traitant pour qu'il le remplisse à la suite d'une distorsion de la colonne cervicale, en particulier après des collisions arrière. Chaque compagnie d'assurances a légèrement modifié ce questionnaire pour l'adapter à ses particularités propres.

Sur la base de nouvelles découvertes tant dans la méthode diagnostique et thérapeutique que dans la gestion administrative des cas et surtout pour répondre aux besoins des patients, l'Association Suisse d'Assurances ASA a, avec l'aide du Prof. Thierry Ettlin, élaboré un questionnaire servant à documenter les premières consultations après un traumatisme crânio-cervical par accélération. Ce questionnaire a pour objectif d'évaluer le patient dans son ensemble en lui posant des questions claires et structurées et en établissant l'anamnèse et les symptômes, et d'aboutir à un diagnostic qui garantit un traitement conforme aux recommandations du groupe de travail suisse concernant le diagnostic et le traitement du traumatisme crânio-cervical à la phase aiguë [1].

Les instructions se rapportant à l'anamnèse et à l'examen clinique à la phase aiguë sont des instruments qui permettent de garantir une démarche médico-diagnostique correcte lors de la première consultation.

Le questionnaire comme les instructions ont été soumis aux sociétés médicales spécialisées les plus diverses pour approbation. Leurs réponses ont toutes été positives. Leurs suggestions ont été prises en compte tant dans le questionnaire que dans les instructions. Le questionnaire bénéficie également du soutien inconditionnel de la Suva et de Santé Suisse de sorte que tous les patients ayant subi un traumatisme crânio-cervical par accélération en Suisse devront être évalués à l'aide de ce questionnaire à partir du 1^{er} mars 2003.

Le questionnaire et les instructions existent en allemand, français et italien et sous forme papier ou électronique. Une enveloppe renfermant le questionnaire et les instructions dans les trois langues nationales sous forme papier est jointe au présent numéro. Pour les utilisateurs d'Internet, les questionnaires et leurs instructions sont également téléchargeables dans les trois langues nationales sur le site Web du Service Médical de l'Association suisse d'assurances (med.svv.ch). Pour des raisons techniques et de protection

1 Strebel HM, Ettlin T, Annoni JM, Caravatti M, Jan S, Gianella C, Keidel M, Saner U, Schwarz H. Diagnostic et traitement du traumatisme crânio-cervical par accélération (ou coup du lapin) à la phase aiguë. Forum Med Suisse 2002;2(47):1119-25.

Correspondance:
Dr Bruno Soltermann
Association Suisses d'Assurances ASA
C. F. Meyer-Strasse 14
Case postale 4288
CH-8022 Zurich

e-mail: bruno.soltermann@svv.ch

des données, le questionnaire ne peut cependant pas être rempli en ligne et envoyé par e-mail à l'assurance compétente mais doit être imprimé. Il peut bien entendu être classé sous forme de document papier dans le dossier du malade. Un CD hybride pour Windows et Macintosh contenant les mêmes documents peut être demandé auprès de l'Association Suisse d'Assurances ASA, Daniela Wagner, C. F. Meyer-Strasse 14, Case postale 4288, 8022 Zurich.

Le questionnaire servant à documenter la première consultation doit être envoyé dûment complété à l'assureur accident ou maladie responsable et fait alors l'objet d'une rémunération de Fr. 100.– en plus des frais de consultation et autres frais d'enquête.

Le questionnaire doit être utilisé lors de la première consultation en salle d'urgence ou chez le médecin d'urgence et éventuellement, en cas de transfert au médecin habituel, lors de la première consultation de ce dernier; les utilisations ultérieures du questionnaire ne font plus l'objet d'une rémunération spéciale.

L'avenir montrera si ce questionnaire et le traitement du traumatisme cranio-cervical par accélération à la phase aiguë peuvent réduire la chronicisation et les cas invalidants. Il est en effet prévu que l'utilisation du questionnaire s'accompagne d'une étude.

Directives pour l'anamnèse et l'examen clinique dans la phase aiguë

Après un traumatisme d'accélération cranio-cervical, le premier examen médical s'effectue en règle générale dans un service d'urgences ou dans un cabinet médical en fonction de l'importance des troubles. Le but de ces premiers examens médicaux dans la phase aiguë est de réunir une documentation concernant le déroulement de l'accident sur la base de la description du patient, d'enregistrer l'apparition des douleurs et d'effectuer un constat de l'état clinique au moyen d'un examen des muscles et du squelette, basé sur les zones essentielles, et d'un examen neurologique. Afin de disposer d'une documentation initiale consistante et d'organiser la conduite thérapeutique, il est indispensable que le médecin de famille procède encore une fois lui-même à l'anamnèse et à l'examen clinique lors de la prise en charge du patient, même en cas de première consultation effectuée précédemment auprès d'un service d'urgences.

La fiche documentaire est un instrument de saisie dans le genre d'une check-liste qui peut servir aussi bien de questionnaire pour l'assureur

accidents que de propre documentation dans l'historique de la maladie. Elle comprend les rubriques suivantes:

1. Circonstances de l'accident;
2. Indications chronologiques sur le déroulement de l'accident concernant les symptômes particuliers;
3. Indications du patient sur ses symptômes;
4. Anamnèse antérieure;
5. Résultats de l'examen médical,
 - a) Douleurs / mobilité de la colonne cervicale,
 - b) Douleurs / limitations fonctionnelles d'autre localisation,
 - c) Examen neurologique,
 - d) Etat de conscience actuel,
 - e) Lésions externes,
 - f) Radiographies,
 - g) Autres constatations ou éléments frappants;
6. Diagnostic provisoire;
7. Thérapie / mesures prescrites.

1. Circonstances de l'accident

Le patient doit décrire librement la nature de l'accident, le déroulement de l'accident et les circonstances de celui-ci. Dans le cas le plus fréquent d'une collision automobile, il faut demander si le véhicule disposait d'appuie-têtes et si la ceinture de sécurité était attachée. Les indications du patient concernant la vitesse et l'impacts énergétique reflètent son vécu subjectif, et ne constituent aucunement une interprétation mécanique de l'accident.

2. Indications chronologiques sur le déroulement de l'accident concernant les symptômes particuliers

Afin d'exclure une commotion cérébrale (synonyme: traumatisme cérébral léger, commotio cerebri), le médecin doit obtenir la clarté sur la capacité de réminiscence sans faille du patient concernant le déroulement de l'accident. Il est recommandé, à ce sujet, de poser graduellement des questions sur la suite chronologique de l'événement, sans influencer par des demandes suggestives. A titre introductif, on peut s'enquérir des faits les uns après les autres. On peut supposer une capacité de réminiscence ininterrompue si le bruit de la collision a été entendu, si l'impact sur le corps et si un effet de déplacement ont été perçus, et si le comportement personnel a été décrit sans lacune après l'immobilisation du véhicule. De plus, on peut supposer un état de conscience absolu si l'attitude et les réactions du

patient sur le lieu de l'accident étaient cohérents. Dans ce contexte, le vécu psychique du patient doit être exploré. Le patient était-il dans un état d'anxiété ou de frayeur? Y avait-il d'autres circonstances susceptibles d'expliquer une éventuelle mémoire défectueuse et une altération de l'état de conscience?

3. Indications du patient sur ses symptômes

Les questions posées doivent se référer à la nature des blessures, au moment de leur apparition et à leur évolution jusqu'à la consultation. L'évaluation subjective des douleurs est utile, notamment les douleurs au niveau de la nuque et de la tête. Il faut distinguer entre des douleurs supplémentaires spontanément évoquées et celles qui sont explorées de manière ciblée. Des troubles de l'attention et de la mémoire, des troubles du sommeil, des signes végétatifs, des symptômes d'anxiété, de dissociation et de dépression apparus tôt ne sont pas exprimés instinctivement par maints patients. Parce que ces troubles présentent un risque de chronicité élevé, il est recommandé de poser des questions au sujet de ces douleurs dans un langage soutenu, cursif et non suggestif. Si de tels troubles sont présents, ils doivent être classifiés de manière explicative avec le patient comme partie intégrante de l'ensemble du contexte médical, et surveillés dans l'évolution ultérieure.

4. Anamnèse antérieure

Il s'agit d'indications relatives à des accidents antérieurs avec participation de la colonne cervicale (CC), de la colonne vertébrale et/ou de la tête, ainsi que d'indications sur les traitements antérieurs consécutifs à des douleurs de la colonne cervicale ou du dos, ainsi que sur d'autres symptômes et leur traitement. Il est également important que les questions posées englobent des céphalées antérieures, y c. une anamnèse familiale de migraines. On doit également se faire un tableau de la situation familiale et professionnelle du patient, parce que les circonstances psychosociales peuvent aggraver l'évolution des conséquences de l'accident, et qu'elles doivent être considérées pour la conduite thérapeutique.

5. Résultats de l'examen médical

L'examen corporel comprend un examen clinique des muscles et du squelette, et un examen neurologique.

a) Douleurs / mobilité de la colonne cervicale

A l'inspection du patient en position debout, il convient de veiller aux troubles de la posture tels que protraction ou latéralisation de la tête /

du cou, port élevé des épaules, aplatissement de la cyphose physiologique de la colonne thoracique et anomalies antérieures de la colonne vertébrale. En principe, durant la phase aiguë, l'exécution des mouvements ne devrait être qu'active, c'est-à-dire contrôlée par le patient lui-même. Cela correspond aussi au principe «hands off» du traitement de physiothérapie durant les trois premières semaines. Lors de l'inspection active de la mobilité, lorsqu'on apprécie l'évolution, il convient de mesurer la rotation et l'inclinaison latérale de la tête en degrés, la flexion / extension selon la distance menton-sternum en cm. Cet examen sera suivi de la palpation avec description de la localisation des douleurs et de l'augmentation de tonus dans la zone des muscles du cou, de la nuque, de la ceinture scapulaire et inter-scapulaire. La localisation des douleurs à la pression peut être indiquée sur le schéma.

b) Douleurs / limitations fonctionnelles d'autre localisation

Des douleurs ou des limitations fonctionnelles d'autre localisation, en particulier dans la zone du tronc, peuvent être mentionnées ici.

c) Examen neurologique

Les principales localisations des fonctions musculaires et de la sensibilité, ainsi que les réflexes musculaires constatés aux extrémités supérieures sont spécifiées sur la fiche documentaire. Les autres éléments frappants peuvent être mentionnés sous «Autres signes neurologiques pathologiques».

L'examen neurologique englobe les nerfs crâniens, la force musculaire, les réflexes, la coordination motrice et la sensibilité. L'examen des nerfs crâniens peut être effectué cursivement par l'inspection du visage afin de déceler d'éventuelles asymétries, par un examen manuel du champ visuel, des mouvements du suivi visuel en recherchant un nystagmus, de la musculature de la mimique, des capacités auditives grossières par frottement des doigts, de l'innervation symétrique du voile du palais et de la sensibilité du visage. En cas d'indications anamnestiques liées à l'accident ou de signes cliniques évoquant une commotion cérébrale, l'odorat sera également contrôlé. En sus des nerfs crâniens, la sensibilité des dermatomes C2 à l'occiput et C3 et C4 à la nuque et au cou doit être examinée.

Lors de l'examen de la force et de la sensibilité, il est recommandé de contrôler, aux extrémités supérieures, les muscles des racines C5–C8 (M. deltoïde, M. biceps br., M. triceps br., M. abductor dig. min.) et les dermatomes des racines

correspondantes (voir schéma sur la fiche documentaire). Dans le cas normal, l'examen des extrémités inférieures peut se limiter au contrôle fonctionnel de la marche sur la pointe des pieds et les talons, et à un examen grossier de la sensibilité. Dans la phase aiguë, il peut être difficile de distinguer entre une parésie musculaire due à des douleurs et une parésie d'origine neurologique.

Des déficits segmentaires moteurs et/ou sensitifs et/ou des réflexes diminués / faisant défaut indiquent une lésion radiculaire ou une lésion du plexus; des déficits hémilatéraux et/ou des réflexes musculaires augmentés indiquent une lésion cérébrale ou médullaire. Nous recommandons, dans chaque cas de déficit neurologique, un examen neurologique immédiat.

d) *Etat de conscience actuel*

Un état de conscience quantitativement ou qualitativement abaissé, même légèrement, comme lors de ralentissement psychomoteur, de confusion persistante, de troubles de l'orientation, de somnolence, de comportement agité ou apathique, etc. doit imposer un examen neurologique et/ou une surveillance médicale.

e) *Lésions externes*

Outre les lésions externes évidentes, il faudra en particulier rechercher des lésions cutanées et sous-cutanées dans la région du cuir chevelu.

f) *Radiographies*

g) *Autres constatations ou éléments frappants*

Il s'agit ici de mentionner le genre et le contenu des constatations qui sont importantes dans le cadre de l'accident subi. Il est plus utile de décrire librement les symptômes que de les attribuer trop vite à un syndrome donné. En particulier, après un accident traumatisant sur le plan psychique, une commotion cérébrale et/ou lors de circonstances psychosociales difficiles, les symptômes psychopathologiques doivent être décelés à temps.

6. Diagnostic provisoire

7. Thérapie / mesures prescrites

Vous trouverez la fiche documentaire dans l'enveloppe adjointe ou sur les sites web suivants: www.bullmed.ch et www.svv.ch

Modulo di documentazione per prima consultazione successiva a trauma da accelerazione cranio-cervicale

B. Soltermann, T. Ettlin

Corrispondenza:
Dott. Bruno Soltermann
Associazione Svizzera d'Assicurazioni
ASA
C. F. Meyer-Strasse 14
Casella postale 4288
CH-8022 Zurigo

e-mail: bruno.soltermann@svv.ch

Commento

Sin dal 1994, gli assicuratori privati hanno realizzato un questionario sulla colonna cervicale, che in caso di distorsione, soprattutto a seguito di un tamponamento tra automobili, veniva di volta in volta inviato al medico curante per ottenere informazioni. Ogni compagnia assicurativa ha leggermente modificato il questionario in base alle proprie esigenze.

L'Associazione Svizzera d'Assicurazioni ASA ha elaborato, con l'aiuto del Prof. Dr. Thierry

Ettlin, un modulo di documentazione per prima consultazione successiva a trauma da accelerazione cranio-cervicale sia sulla base delle nuove conoscenze che della gestione del caso dal punto di vista amministrativo, diagnostico e terapeutico al fine di renderlo più adatto anche al paziente. Il presente foglio si propone di offrire una migliore comprensione della situazione del paziente grazie a una serie di domande chiare e ben strutturate, alla stesura dell'anamnesi e degli esiti degli esami, consentendo quindi di giungere a una diagnosi che garantisca una terapia

conforme alle raccomandazioni elaborate dal gruppo di lavoro svizzero in materia di procedure diagnostiche e terapeutiche nella fase acuta del trauma da accelerazione cranio-cervicale [1].

La guida all'anamnesi e agli esami clinici nella fase acuta deve fungere da strumento utile ai fini di una procedura corretta dal punto di vista medico-diagnostico in fase di primo consulto medico.

Il questionario e la guida sono state sottoposte a parecchie società specialistiche. Le risposte sono risultate tutte positive. Le proposte delle società specializzate sono state introdotte sia nel questionario che nella guida. Il foglio per il primo consulto ha ottenuto il pieno appoggio anche dalla Suva e da santésuisse, al punto che in Svizzera a partire dal 1° marzo 2003 tutti i pazienti con trauma da accelerazione cranio-cervicale dovuta ad incidente dovranno essere registrati tramite questo foglio.

Il foglio della documentazione e la guida sono stati redatti in tedesco, francese e italiano, sia in formato elettronico che carta. La versione corrente contiene il foglio e la guida su carta in tutte e tre le lingue. Per gli utenti Internet il foglio della documentazione e la rispettiva guida sono disponibili in tutte e tre le lingue nella pagina iniziale del sito Servizio Medico della Associazione Svizzera d'Assicurazioni (med.svv.ch). Per motivi tecnici e di riservatezza dei dati non è possibile compilare online il presente foglio e spedirlo per posta elettronica all'ente assicurativo competente, ma è sempre necessario eseguire una stampa. Tale modulo può essere naturalmente accluso alla cartella clinica come documento originale. A richiesta è possibile ricevere un CD ibrido per Windows e Macintosh, contenente la stessa documentazione, rivolgendosi all'Associazione Svizzera d'Assicurazioni ASA, Daniela Wagner, C. F. Meyer-Strasse 14, Casella postale 4288, 8022 Zurigo.

Il foglio della documentazione debitamente compilato dovrà essere inviato all'ente assicurativo una volta accertata la competenza e verrà corrisposto un onorario di Fr. 100.– Le spese di consulto e di ulteriori accertamenti verranno rimborsate a parte.

Il foglio della prima documentazione deve essere utilizzato all'atto del primo consulto presso il pronto soccorso oppure dal medico intervenuto per prestare le prime cure e in ogni caso all'atto del rinvio al medico di famiglia per un primo consulto; un utilizzo successivo non darà diritto ad alcun rimborso.

Il futuro ci dimostrerà se il presente foglio relativo alla documentazione e alla procedura terapeutica nella fase acuta conseguente a trauma

da accelerazione cranio-cervicale sia servita a ridurre la cronicizzazione e a modificare il destino di singoli individui. A tal fine sono stati predisposti degli appositi studi.

Istruzioni per anamnesi ed esame clinico nella fase acuta

Di norma, il primo esame medico dopo un trauma da accelerazione cranio-cervicale avviene, secondo l'intensità della sintomatologia, in un'unità di pronto soccorso o in un ambulatorio medico. Lo scopo dei primi esami medici nella fase acuta è compilare la documentazione sulla dinamica dell'incidente in base alla descrizione del paziente ed effettuare la rilevazione dei disturbi comparsi e del quadro clinico attraverso l'esame neurologico e muscolo-scheletrico condotto sulle principali regioni. Ai fini di una esaustiva documentazione immediata e della definizione della terapia è indispensabile che, al momento dell'accettazione del paziente, il medico di famiglia proceda nuovamente con l'anamnesi e l'esame clinico, anche se sono già avvenuti in una prima consultazione presso un'unità di pronto soccorso.

Il modulo di documentazione costituisce uno strumento di rilevazione concepito in forma di checklist, che può servire sia da questionario per l'assicurazione contro gli infortuni, sia da propria documentazione da inserire nella cartella clinica. Comprende le seguenti sezioni:

1. Dinamica dell'incidente;
2. Serie di domande in ordine cronologico sulla dinamica dell'incidente;
3. Sintomi segnalati dal paziente;
4. Anamnesi remota;
5. Esiti dell'esame
 - a) Dolori / mobilità della colonna cervicale,
 - b) Dolori / limitazione funzionale in altra localizzazione,
 - c) Esame neurologico,
 - d) Attuale stato di coscienza,
 - e) Lesioni esterne,
 - f) Esame radiologico,
 - g) Altre constatazioni o particolarità;
6. Diagnosi provvisoria;
7. Terapia / misure prescritte.

1. Dinamica dell'incidente

Il paziente deve descrivere spontaneamente la natura, la dinamica e le circostanze dell'incidente. Nel caso frequente di una collisione tra veicoli, va chiesto al paziente se erano presenti i

1 Strelbel HM, Ettlin T, Annoni JM, Caravatti M, Jan S, Gianella C, et al. Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Akutphase nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (sog. Schleudertrauma). Schweiz Med Forum 2002;2(47):1119-25. Diagnostic et traitement du traumatisme cranio-cervical par accélération (ou coup du lapin) à la phase aiguë. Forum Med Suisse 2002;2(47):1119-25.

poggiatesta e se la cintura di sicurezza era allacciata. I dati forniti dal paziente riguardo alla velocità e all'intensità dell'impatto rispecchiano un'esperienza soggettiva e non rappresentano un'interpretazione della meccanica dell'incidente.

2. Serie di domande in ordine cronologico sulla dinamica dell'incidente

Per escludere una commozione cerebrale (sinonimo: lieve lesione cerebrale traumatica, commotio cerebri) il medico deve ottenere dal paziente un quadro chiaro della dinamica dell'incidente senza momenti di amnesia. Per questo si consiglia di porre al paziente una serie progressiva di domande sulla sequenza cronologica dell'accaduto, evitando di influenzare il soggetto con domande suggestive. Si può quindi iniziare chiedendogli cosa è successo esattamente. È plausibile che non vi siano vuoti di memoria se il paziente riferisce di aver sentito il rumore dell'urto e di averne percepito le conseguenze sul corpo, insieme a un effetto di movimento e descrive con completezza il proprio comportamento dopo l'arresto del veicolo. È presumibile, inoltre, che non vi sia stata alcuna perdita di coscienza se il comportamento e le reazioni del paziente sul luogo dell'incidente sono ricostruibili con adeguatezza rispetto alla situazione. A questo riguardo, va esaminato lo stato psichico del paziente: era in uno stato di paura o di spavento? Ci sono altri fattori che fanno supporre eventuale amnesia o alterazione dello stato di coscienza?

3. Sintomi segnalati dal paziente

Le domande sono finalizzate a stabilire la natura dei sintomi, il momento della loro comparsa e il loro decorso fino all'esame da parte del medico. Per il successivo decorso è utile la valutazione soggettiva dell'intensità dei dolori specialmente per i dolori cervicali e cefalee. Va fatta una distinzione tra i sintomi riferiti spontaneamente e quelli aggiuntivi, rilevati attraverso le domande. Alcuni pazienti tendono a non segnalare spontaneamente eventuali disturbi immediati dell'attenzione e della memoria, disturbi del sonno, segni vegetativi, sintomi d'ansia, di depressione o sintomi dissociativi. In considerazione dell'elevato rischio di cronicizzazione, è consigliabile indagare su questi sintomi in maniera generale, evitando di suggestionare il paziente. qualora se ne riscontri la presenza, tali sintomi costituiscono una parte integrante della terapia immediata da inquadrare e chiarire insieme al paziente nel contesto medico più generale e da considerare nel successivo decorso.

4. Anamnesi remota

Questa sezione riguarda la segnalazione di incidenti avvenuti in precedenza con interessamento della regione cervicale, del rachide e/o del capo, di dolori cervicali o dorsali pregressi con necessità di trattamento e di altri tipi di disturbi unitamente alle eventuali terapie. Inoltre, è importante chiedere al paziente se ha sofferto in passato di cefalee, con riferimento anche all'anamnesi familiare specificamente per i dolori emicranici. Dal momento che gli stress psicosociali possono aggravare il decorso dei postumi dell'incidente e vanno considerati nella definizione della terapia, è opportuno farsi anche un'idea della situazione familiare e professionale del paziente.

5. Esiti dell'esame

L'esame fisico comprende la rilevazione dello stato muscolo-scheletrico e di quello neurologico.

a) Dolori / mobilità della colonna cervicale

Nell'ispezione del paziente in posizione eretta vanno rilevate le eventuali alterazioni della postura quali protrusione o lateralizzazione del capo/collo, innalzamento della spalla, appiattimento della cifosi della colonna dorsale fisiologica e preesistenti anomalie posturali del rachide. Nella fase acuta vanno esaminate, in linea di massima, solo le mobilità attive, ossia quelle eseguibili dal paziente. Questo riguarda anche il principio di non intervento del trattamento fisioterapeutico nelle prime tre settimane. Nell'esame della mobilità attiva, va valutata la rotazione e la lateroflessione del capo, espressa in gradi, la flessione/estensione con la distanza mento-sterno, misurata in cm. Segue la palpazione con descrizione della localizzazione del dolore e di eventuale aumento del tono nella regione della muscolatura cervicale, della nuca, del cingolo scapolare ed interscapolare. La localizzazione del dolore alla compressione può essere segnata sullo schema.

b) Dolori / limitazione funzionale in altra localizzazione

In questa sezione possono essere rilevati eventuali dolori e limitazioni funzionali in altra localizzazione, specialmente nella regione del tronco.

c) Esame neurologico

Nel modulo di documentazione sono indicate le principali localizzazioni delle funzioni muscolari e della sensibilità, nonché i riflessi propriocettivi degli arti superiori. Altre anomalie possono essere riportate al punto «Altri segni neurologici patologici».

L'esame neurologico comprende l'esame dei nervi cranici, della forza muscolare, dei riflessi, del coordinamento motorio e della sensibilità. L'esame dei nervi cranici può essere eseguito sommariamente con l'ispezione del volto per verificare la presenza di asimmetrie di rilievo, con l'esame manuale del campo visivo, dei movimenti dei globi oculari per escludere la presenza di nistagmo, dei muscoli mimici, della capacità uditiva grossolana attraverso lo sfregamento delle dita, dell'innervazione del palato molle e della sensibilità al volto. In caso di dati anamnestici dell'incidente o clinici riferibili a una commozione cerebrale va esaminata anche la capacità olfattiva. Oltre ai nervi cranici deve essere esaminata la sensibilità a livello dei dermatomi C2 nella regione occipitale, nonché C3 e C4 nella regione nucale e cervicale.

Per l'esame della forza e della sensibilità, riguardo agli arti superiori, è consigliabile effettuare il controllo dei muscoli radicolari indicatori di segmento C5–C8 (m. deltoideo, m. bicipite brachiale, m. tricipite brachiale, m. abductor dig. min.) e dei corrispondenti dermatomi radicolari (v. schema sul modulo di documentazione). Per quanto concerne gli arti inferiori, ci si può limitare in genere all'esame della deambulazione sulla punta dei piedi e dei talloni e all'esame della sensibilità grossolana. Nella fase acuta può essere difficile distinguere una paresi indotta da dolore da quelle di origine neurologica.

Degli deficit segmentali motori e/o sensitivi e/o la riduzione/abolizione dei riflessi propriocettivi indicano la presenza di lesioni radicolari o plessurali; eventuali deficit emilaterali e/o aumentati riflessi propriocettivi sono riferibili alla presenza di una lesione cerebrale o midollare. In tutti i casi di deficit neurologico si consiglia un'immediata consulenza neurologica.

d) Attuale stato di coscienza

In qualsiasi caso di segni riferibili a uno stato di coscienza quantitativamente o qualitativamente ridotta, anche solo in misura leggera, nonché di rallentamento psicomotorio, di persistente stordimento riferito dal paziente, difficoltà di orientamento, bisogno anomalo di sonno, comportamento agitato o apatico e simili, è necessario un accertamento neurologico e/o un periodo di osservazione medica.

e) Lesioni esterne

Oltre alle ferite esterne evidenti, andrebbe verificata la presenza di eventuali lesioni cutanee e sottocutanee specialmente a livello del cuoio capelluto.

f) Esame radiologico

g) Altre constatazioni o particolarità

In questa sezione vanno riportate le eventuali particolarità di rilievo attinenti all'incidente subito. La libera formulazione delle particolarità da parte del paziente è molto utile ai fini di una rapida individuazione della sindrome. Soprattutto dopo l'esperienza psicologicamente traumatica di un incidente, se è avvenuta una commozione cerebrale e/o in caso di circostanze psicosociali aggravanti è necessario rilevare tempestivamente la presenza di eventuali sintomi psicopatologici.

6. Diagnosi provvisoria

7. Terapia / misure prescritte

Troverete il modulo di documentazione nella busta aggiunta o sui siti web:
www.saez.ch e www.svv.ch

Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma

Name Vorname Geburtsdatum weibl. männl.

Unfalldatum und -zeit Untersuchungsdatum und -zeit Weiterbehandlung bei

1. Unfallhergang

Angaben durch Patient <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Beifahrer <input type="checkbox"/> Rücksitz
Fremdangaben <input type="checkbox"/> wer?	Auf Kollision gefasst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Heckkollision <input type="checkbox"/>	Fuss auf Bremse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Seitenkollision <input type="checkbox"/>	Kopfstellung <input type="checkbox"/> gerade (gilt auch für Blick in den Rückspiegel)
Frontalkollision <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rotiert rechts / links (gilt nicht für den Rückspiegel)
Kopfanprall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> flektiert
Wenn ja <input type="checkbox"/> an Kopfstütze	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
<input type="checkbox"/> ausserhalb Kopfstütze	Kopfstütze vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andere Unfallart <input type="checkbox"/> ja	Sicherheitsgurt getragen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
.....	Airbag ausgelöst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2. Chronologische Befragung zum Unfallablauf ergibt Anhaltspunkte für

Bewusstlosigkeit ja <input type="checkbox"/> Dauer <input type="checkbox"/> nein	Andere Bewusstseinsstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gedächtnislücke ja <input type="checkbox"/> Dauer <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?
Angst- und / oder Schreckreaktion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. Angaben des Patienten zu den Beschwerden

Nackenschmerzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schwindel ja <input type="checkbox"/> ab wann? <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später wann?	Übelkeit ja <input type="checkbox"/> ab wann? <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits	Erbrechen ja <input type="checkbox"/> wie häufig? <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	Andere Symptome <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzausstrahlung <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später wann?	Spontan erzählt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> erfragt
Wohin?	Wenn ja, welche und wann aufgetreten?
Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später wann?
<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark

4. Frühere Anamnese

Früherer Unfall mit HWS-Beteiligung ja <input type="checkbox"/> wann? <input type="checkbox"/> nein	Medikamente vor dem Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Früherer Unfall mit Kopf-Beteiligung ja <input type="checkbox"/> wann? <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche und wann?
Behandlungsbedürftige Beschwerden vor dem Unfall (Kopf, Nacken, Rücken, Psyche, etc.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Andere Behandlungen (z.B. Operationen, Physiotherapien, etc.)
Wenn ja, welche und wann?	Wenn ja, welche und wann?
.....
Bemerkungen (zB. Beruf/Arbeitsstelle/familiäre Verhältnisse)

5. Untersuchungsbefunde

Grösse cm

a) Schmerzen / Beweglichkeit im Bereich der HWS (aktiv d.h. durch den Patienten ausgeführte Bewegungen)

	Schmerz	Beweglichkeit
Flexion	<input type="checkbox"/>	KSA* cm
Extension	<input type="checkbox"/>	KSA* cm
Rechtsdrehung	<input type="checkbox"/>	Grad
Linksdrehung	<input type="checkbox"/>	Grad
Seitneigung rechts	<input type="checkbox"/>	Grad
Seitneigung links	<input type="checkbox"/>	Grad

KSA* Kinn-Sternum-Abstand

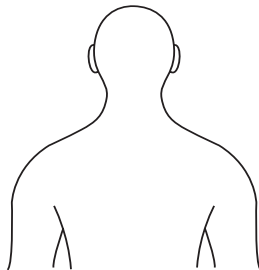
Bemerkungen

Gewicht kg

Druckschmerz ja nein

Wenn ja, Lokalisation(en) markieren [auf dem Bildschirm mit dem Cursor möglich]

links rechts



b) Schmerz / Funktionseinschränkung an anderer Lokalisation

ja nein

Wenn ja, wo?

c) Neurologische Untersuchung

Motorische Schwäche ja nein

Wenn ja

M. deltoideus (C5) re li

M. biceps brachii (C6) re li

M. triceps brachii (C7) re li

M. abductor dig. min (C8) re li

Weitere Paresen

.....

Sehnenreflexe

BSR re normal herabgesetzt fehlend gesteigert

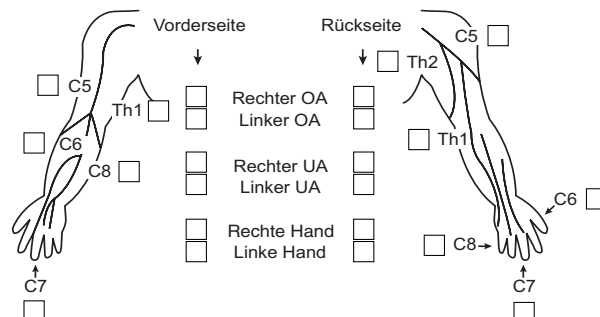
BSR li normal herabgesetzt fehlend gesteigert

TSR re normal herabgesetzt fehlend gesteigert

TSR li normal herabgesetzt fehlend gesteigert

Parästhesien ja nein

Sensible Defizite ja nein



Weitere Parästhesien oder sensible Defizite

Andere pathologische neurologische Befunde (zB. Hirnnerven)

.....

d) Aktuelle Bewusstseinslage

Orientierung autopsychisch ja nein zeitlich ja nein örtlich ja nein

Anderes

.....

e) Äussere Verletzungen

.....

f) Röntgen HWS ap / seitlich

Densaufnahme transbuccal

Andere bildgebende Untersuchungen

g) Sonstige Feststellungen oder Auffälligkeiten (auch Psyche)

.....

6. Vorläufige Diagnose

.....

7. Therapie / angeordnete Massnahmen

.....

.....

.....

Arbeitsunfähigkeit% ab bis voraussichtlich

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

.....

.....

Der vollständig ausgefüllte Dokumentationsbogen ist dem zuständigen Unfall- oder Krankenversicherer samt Honorarnote von

Fr. 100.-- zuzustellen.

Schweizerischer Versicherungsverband SVV / Suva / santésuisse 31.01.03