



Formulaire de demande | d'expertise extrajudiciaire par le Bureau d'expertises de la FMH

I. Données formelles sur les parties

Patient/e

Nom, prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

Téléphone _____

E-mail _____

Représentation (si le/la patient/e est incapable de discernement ou décédé/e, Art. 4 al. 3 Règlement)

Nom, prénom _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

Téléphone _____

E-mail _____

Représentation juridique (Art. 4 al. 2 Règlement)

Nom, prénom _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

Téléphone _____

E-mail _____

Médecin/s concerné/s¹ (médecin/s indépendant/s, médecin/s agréé/s) et personnel soignant

Nom, prénom _____

Spécialité médicale _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

Téléphone _____

E-mail _____

Nom, prénom _____

Spécialité médicale _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

Téléphone _____

E-mail _____

Nom, prénom _____

Spécialité médicale _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

Téléphone _____

E-mail _____

Nom, prénom _____

Spécialité médicale _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

Téléphone _____

E-mail _____

¹ Quand la prétention en réparation est dirigée directement contre le/s médecin/s traitant/s.

Assurance responsabilité civile du/des médecin/s

Nom de l'assurance _____

Numéro de référence _____

Nom, prénom de la personne responsable _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

Téléphone _____

E-mail _____

Nom de l'assurance _____

Numéro de référence _____

Nom, prénom de la personne responsable _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

Téléphone _____

E-mail _____

Nom de l'assurance _____

Numéro de référence _____

Nom, prénom de la personne responsable _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

Téléphone _____

E-mail _____

Hôpital concerné²

Nom de l'hôpital _____

Nom, prénom du directeur de l'hôpital _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

Téléphone _____

E-mail _____

Médecin/s hospitalier/s concerné/s et personnel soignant

Nom, prénom _____

Spécialité médicale _____

Fonction _____

Nom, prénom _____

Spécialité médicale _____

Fonction _____

Nom, prénom _____

Spécialité médicale _____

Fonction _____

Nom, prénom _____

Spécialité médicale _____

Fonction _____

Assurance responsabilité civile de l'hôpital

Nom de l'assurance _____

Numéro de référence _____

Nom, prénom de la personne responsable _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

Téléphone _____

E-mail _____

² Quand la prétention en réparation est dirigée directement contre l'hôpital.

II. Données procédurales

Choix de la procédure (Art. 9 Règlement)

- Procédure d'expertise écrite
- Expertise conjointe de la FMH³ (avec l'accord de la partie adverse)

Questions convenues entre les parties (facultatives, convenues avec la partie adverse, Art. 11 Règlement)

- Oui
- Non

Proposition commune d'expert/s (facultative, convenue avec la partie adverse, Art. 13 Règlement)

- Oui (cf. coordonnées ci-dessous)
- Non, car
 - les parties ne sont pas parvenues à s'accorder sur le choix d'un expert
 - ou
 - les parties ne se sont pas concertées à ce sujet

Nom, prénom (expert/e principal/e)⁴ _____

Spécialité médicale _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

Téléphone _____

E-mail _____

Nom, prénom (co-expert/e) _____

Spécialité médicale _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

Téléphone _____

E-mail _____

³ L'expertise conjointe de la FMH est une procédure d'expertise orale.

⁴ L'un/e des expert/es doit assumer la responsabilité globale (expert/e principal/e).

III. Données sur le/s traitement/s à examiner

Date/Durée du/des traitement/s à examiner

Etat de fait / historique du/des traitement/s⁵

Remarque : Le texte doit être lisible quand il est imprimé. En cas de manque de place, merci de nous transmettre le texte supplémentaire dans un document établi séparément.

⁵ Il est possible – mais pas obligatoire – de se référer aux pièces annexées (documents médicaux).

Présomption de faute/s

Remarque : Le texte doit être lisible quand il est imprimé. En cas de manque de place, merci de nous transmettre le texte supplémentaire dans un document établi séparément.

Domage à la santé après le/s traitement/s

Remarque : Le texte doit être lisible quand il est imprimé. En cas de manque de place, merci de nous transmettre le texte supplémentaire dans un document établi séparément.

Etat de santé actuel / dommage à la santé actuel

Remarque : Le texte doit être lisible quand il est imprimé. En cas de manque de place, merci de nous transmettre le texte supplémentaire dans un document établi séparément.

Lien de causalité (rapport entre le/s traitement/s et le dommage à la santé)

Remarque : Le texte doit être lisible quand il est imprimé. En cas de manque de place, merci de nous transmettre le texte supplémentaire dans un document établi séparément.

Etat de la procédure (démarches entreprises jusqu'à présent)

Remarque : Le texte doit être lisible quand il est imprimé. En cas de manque de place, merci de nous transmettre le texte supplémentaire dans un document établi séparément.

Les personnes suivantes sont informées du cas (médecin/s ayant assuré un traitement antérieur ou postérieur)

Nom, prénom	_____
Adresse	_____
NPA/lieu	_____
Nom, prénom	_____
Adresse	_____
NPA/lieu	_____
Nom, prénom	_____
Adresse	_____
NPA/lieu	_____
Nom, prénom	_____
Adresse	_____
NPA/lieu	_____

Important

- J'ai/mon client a pris connaissance du règlement du Bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH du 20 juin 2019.
- Je fournirai/mon client fournira à/aux expert/s les informations requises et documents nécessaires auxquels j'ai/il a accès. (Art. 7 al. 1 Règlement)
- Je me tiens/mon client se tient à disposition pour un examen médical par le/les expert/s. Les frais de déplacement, honoraires d'interprète et autres dépenses éventuelles seront à ma/sa charge. (Art. 7 al. 2 Règlement)
- Je/mon client libère du secret professionnel le/les médecin/s et/ou l'hôpital ayant dispensé le traitement litigieux, ainsi que celui/ceux ayant fourni un traitement antérieur ou postérieur à ce dernier, pour tous les faits en lien avec la présumée violation du devoir de diligence ou faute liée à l'organisation. La libération vaut envers le Bureau d'expertises et de tous les participants à la procédure. (Art. 7 al. 3 Règlement)

Lieu et date

Signature du demandeur⁶

Annexes (en deux exemplaires) :

- Ensemble des documents médicaux pertinents (classés chronologiquement par date) pour évaluer le/les traitement/s litigieux, y compris bordereau des pièces annexées
- Prise de position matérielle de/des assurance/s

Annexes, à adapter en fonction du cas (en deux exemplaires) :

- Preuve en cas de représentation (par ex. procuration, certificat d'héritier)
- Procuration en cas de représentation juridique
- Accord de l'hôpital (Art. 3 Règlement)
- Accord du médecin s'il n'est pas membre de la FMH (Art. 2 al. 3 Règlement)
- Preuve de l'interruption de la prescription / du fait que le cas n'est pas caduc⁷

- Questions convenues entre les parties
- En cas de questions convenues entre les parties : preuve de l'accord de la partie adverse
- En cas de choix de la réalisation d'une expertise conjointe de la FMH : preuve de l'accord de la partie adverse
- En cas de proposition commune d'expert/s : preuve de l'accord de la partie adverse

Remarque: Le formulaire de demande et ses annexes peuvent être envoyés par voie postale à :
Lettres : FMH Bureau d'expertises extrajudiciaires, Case postale, 3000 Berne 16
Colis : FMH Bureau d'expertises extrajudiciaires, Elfenstrasse 18, 3006 Berne

⁶ Signature du patient, de la représentation ou de la représentation juridique.

⁷ Si la prétention en réparation risque d'être prescrite ou caduque.