

## 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/s<sup>1</sup> (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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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 ou cabinet concerné<sup>2</sup>**

Nom de l'hôpital ou du cabinet \_\_\_\_\_

Nom, prénom de la personne responsable \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

NPA/lieu \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Médecin/s hospitalier/s ou employé/s du cabinet 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 ou du cabinet**

Nom de l'assurance \_\_\_\_\_

Numéro de référence \_\_\_\_\_

Nom, prénom de la personne responsable \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

NPA/lieu \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Quand la prétention en réparation est dirigée directement contre l'hôpital ou le cabinet.

## II. Données procédurales

### Choix de la procédure (art. 9 Règlement)

- ☐ Procédure d'expertise écrite
- ☐ Expertise conjointe de la FMH<sup>3</sup> (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)<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

Spécialité médicale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

NPA/lieu \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Nom, prénom (co-expert/e) \_\_\_\_\_

Spécialité médicale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

NPA/lieu \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> L'expertise conjointe de la FMH est une procédure d'expertise orale.

<sup>4</sup> 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/s<sup>5</sup>

*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.*

<sup>5</sup> 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 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.

## Démarches entreprises avant le dépôt de la demande

**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 (art. 7 al. 2 Règlement). Les frais de déplacement, honoraires d'interprète et autres dépenses éventuelles seront à ma/sa charge (art. 10 al. 7 Règlement).
- Je/mon client libère du secret professionnel le/les médecin/s 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 à l'égard du Bureau d'expertises et de tous les participants à la procédure (art. 7 al. 3 Règlement)
- J'ai/mon client a pris connaissance du fait que tous les participants à la procédure d'expertise auront accès à l'ensemble des documents remis, et l'accepte (art. 8 al. 9 Règlement).

Lieu et date

Signature du demandeur<sup>6</sup>

### Annexes :

- ☐ Ensemble des documents médicaux en lien avec le traitement litigieux (classés par ordre chronologique de date, au format suivant: AAAA-MM-JJ Titre du document)
- ☐ Bordereau des pièces annexées<sup>7</sup>
- ☐ Prise de position matérielle de/des assurance/s resp. rejet de la responsabilité

### Annexes, à adapter en fonction du cas :

- ☐ Preuve en cas de représentation (par ex. procuration, certificat d'héritier)
- ☐ Procuration en cas de représentation juridique
- ☐ Accord de l'hôpital ou du cabinet et de son assurance RC (art. 3 Règlement)
- ☐ Accord du médecin s'il n'est pas membre de la FMH et de son assurance RC (art. 2 al. 3 Règlement)
- ☐ Preuve de l'interruption de la prescription / du fait que le cas n'est pas caduc<sup>8</sup>
- ☐ 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

<sup>6</sup> Signature du patient, de la représentation ou de la représentation juridique.

<sup>7</sup> Des expertises préalables et/ou des rapports médicaux doivent être transmis en entier et avec mention de la discipline médicale.

<sup>8</sup> Si la prétention en réparation risque d'être prescrite ou caduque (art. 8 al. 1 Règlement).