

Section à remplir par la personne assurée

N.B. Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire au verso.

1 Nom : _____	2 Prénom : _____
3 N° de groupe / N° d'identification : _____	4 Date de naissance : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre à la patiente)

Veillez nous acheminer une copie complète du dossier médical de votre patiente depuis le début de son arrêt de travail, incluant les résultats d'examen et rapports en spécialité mais excluant les résultats de tests génétiques.

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____

1.2 Secondaire : _____

1.3 Complications : _____

1.4 Auparavant, cette patiente a-t-elle, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état le ou les diagnostics:
 a) reçu des traitements médicaux b) consulté un autre médecin c) pris des médicaments d) été hospitalisée e) subi des examens
 Précisez les périodes : _____

1.5 L'incapacité est-elle reliée à : un accident une maladie un accident de travail un accident d'automobile
 Date de l'événement : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____
 une grossesse Non Oui
 un retrait préventif Non Oui Date prévue de l'accouchement : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

1.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patiente d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses tâches habituelles.
 Au début de l'invalidité _____ Années _____ Mois _____ Jour _____ Actuellement _____

2. Traitement

2.1 Médicaments - nom - posologie : _____

2.2 La patiente a-t-elle subi ou subira-t-elle :
 a) des examens ou tests Non Oui Précisez : _____
 b) une opération Non Oui d'un jour Type _____ Date : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____
 Intervention chirurgicale : _____
 c) d'autres traitements : Non Oui Précisez : _____
 d) une hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
 e) un court séjour en observation (nombre d'heures) : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____ Prochaine consultation : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

3.2 Autres dates de consultations : _____ Fréquence du suivi : _____

3.3 Orientation vers un autre médecin : Non Oui Nom du médecin : _____
 Spécialité : _____

3.4 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours _____ Nb de semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

3.5 Dans combien de temps la patiente pourra-t-elle retourner au travail ? Nb de jours _____ Nb de semaines _____
 à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. Autres commentaires

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : _____

5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : _____
 Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
 Signature : _____ Date : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

Section à remplir par la personne assurée

N.B. Pour les maladies à caractère physique, remplir le formulaire au recto.

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de groupe / N° d'identification : _____ 4 Date de naissance : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre à la patiente)

Veillez nous acheminer une copie complète du dossier médical de votre patiente depuis le début de son arrêt de travail, incluant les résultats d'examen et rapports en spécialité mais excluant les résultats de tests génétiques.

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Symptômes actuels : _____
 1.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Léger Moyen Intense avec éléments psychotiques
 1.5 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patiente d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses tâches habituelles.
 Au début de l'invalidité _____ Année _____ Mois _____ Jour _____ Actuellement _____
 1.6 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :
 à la vie conjugale/familiale à la perte d'un emploi ou à une mise à pied problèmes professionnels
 à des problèmes personnels ou interpersonnels à la consommation abusive d'alcool ou de drogues et (ou) problèmes de jeu
 autres, précisez : _____
 1.7 Auparavant, cette patiente a-t-elle, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état les diagnostics :
 a) reçu des traitements médicaux c) pris des médicaments e) subi des examens
 b) consulté un autre médecin d) été hospitalisée
 Précisez la date des épisodes antérieurs : _____

2. Traitement

2.1 Médicaments - nom - posologie : _____
 2.2 La patiente consulte-t-elle : un psychiatre ? Non Oui un travailleur social ? Non Oui
 un psychologue ? Non Oui un autre intervenant de la santé ? Non Oui
 Si oui, nom de l'intervenant consulté : _____
 2.3 Hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____ Prochaine consultation : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____
 3.2 Autres dates de consultations : _____ Fréquence du suivi : _____
 3.3 Orientation vers un autre médecin : Non Oui Nom du médecin : _____
 Spécialité : _____
 3.4 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours _____ Nb de semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail _____ Année _____ Mois _____ Jour _____
 3.5 Dans combien de temps la patiente pourra-t-elle retourner au travail ? Nb de jours _____ Nb de semaines _____
 à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. Autres commentaires

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : _____
 5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : _____
 Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
 Signature : _____ Date : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____