

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 contrat : _____ 4 Numéro d'assurance sociale : _____
 5 Date de naissance : _____

Déclaration du médecin traitant (remplir en lettres majuscules et remettre au patient)

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Complications : _____
 1.4 Auparavant, ce patient a-t-il, 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 hospitalisé 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 : _____
 une grossesse Non Oui
 un retrait préventif Non Oui Date prévue de l'accouchement : _____
 1.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.
 Au début de l'invalidité _____ Actuellement _____

2. Traitement

2.1 Médicaments - nom - posologie : _____
 2.2 Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :
 a) des examens ou tests Non Oui Précisez : _____
 b) une opération Non Oui d'un jour Type _____
 Intervention chirurgicale : _____ Date : _____
 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 : _____ Prochaine consultation : _____
 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 _____
 3.5 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? Nb de jours _____ Nb de semaines _____
 À temps partiel À temps plein Retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

4.1 Au cours des cinq dernières années, le patient-a-t-il consulté ou été traité par un médecin ou autre praticien, ou pris des médicaments prescrits par un médecin pour l'une ou l'autre des maladies ou affections suivantes : cancer ou tumeur, diabète, hypertension artérielle, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladies du coeur ou troubles des vaisseaux sanguins, toxicomanie ou alcoolisme, troubles nerveux ou mentaux, troubles pulmonaires, troubles rénaux ou urinaires, troubles cérébraux ou neurologiques, troubles reliés à la colonne vertébrale, maladies reliées au SIDA, ou subi une épreuve démontrant la présence d'anticorps au virus V.I.H. ?
 Non Oui **Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :**

Maladies	Dates	Résultats	Périodes d'hospitalisation	Quand le patient a-t-il été informé de sa maladie ?

4.2 _____

5. Identification du médecin

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

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 contrat : _____ 4 Numéro d'assurance sociale : _____
 5 Date de naissance : _____

Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

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 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, problèmes de jeu ou les deux
 autres, précisez : _____
 1.6 Auparavant, ce patient a-t-il, 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 hospitalisé
 Précisez la date des épisodes antérieurs : _____

2. Traitement

2.1 Médicaments - nom - posologie : _____
 2.2 Le patient consulte-t-il : 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 : _____ Prochaine consultation : _____
 3.2 Autres dates de consultations : _____
 3.3 Fréquence du suivi : _____
 3.4 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre? Non Oui Nom du médecin : _____
 3.5 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours _____ Nb de semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail _____
 3.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? Nb de jours _____ Nb de semaines _____
 À temps partiel À temps plein Retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

4.1 Au cours des cinq dernières années, le patient-a-t-il consulté ou été traité par un médecin ou autre praticien, ou pris des médicaments prescrits par un médecin pour l'une ou l'autre des maladies ou affections suivantes : cancer ou tumeur, diabète, hypertension artérielle, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladies du coeur ou troubles des vaisseaux sanguins, toxicomanie ou alcoolisme, troubles nerveux ou mentaux, troubles pulmonaires, troubles rénaux ou urinaires, troubles cérébraux ou neurologiques, troubles liés à la colonne vertébrale, maladies liées au SIDA, ou subi une épreuve démontrant la présence d'anticorps au virus V.I.H. ?
 Non Oui **Si oui**, veuillez fournir les renseignements suivants :

Maladies	Dates	Résultats	Périodes d'hospitalisation	Quand le patient a-t-il été informé de sa maladie ?

4.2 _____

5. Identification du médecin

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