

Tous les honoraires exigés pour remplir la déclaration sont à la charge du patient.

Renseignements sur la personne assurée et consentement

À REMPLIR PAR LE PATIENT

Homme Femme Nom de la personne assurée : _____
Nom de famille Prénom

Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J | Taille : _____ Poids : _____ Téléphone au domicile (avec indicatif régional) : _____ Cellulaire (avec indicatif régional) : _____


Adresse : _____ Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Nom de l'employeur : _____ Numéro du contrat : _____ Numéro du certificat de la personne assurée : _____

Dernier jour de travail : | A | A | A | A | M | M | J | J | Date réelle ou prévue du retour au travail : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Déclaration du médecin traitant

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

 • Si votre patient est de retour au travail ou s'il est prévu qu'il le soit dans les 4 semaines suivant la date de son dernier jour de travail, veuillez remplir les sections 1 à 4 uniquement et apposer votre signature à la fin du formulaire.
 • Pour les absences risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir les pages 1 et 2 au complet.

1) Diagnostic

Diagnostic principal : _____

Diagnostic secondaire ou complications : _____

S'il s'agit d'une grossesse – Date prévue ou réelle de l'accouchement | A | A | A | A | M | M | J | J | Voie vaginale Césarienne

Maladie professionnelle ou accident du travail? Oui Non Accident de la route? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez la date : | A | A | A | A | M | M | J | J | Dans l'affirmative, précisez la date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de votre première consultation avec le patient relativement à cette condition : | A | A | A | A | M | M | J | J | Date du premier jour d'absence du travail en raison de la condition : | A | A | A | A | M | M | J | J |

2) Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? ou a-t-il subi une intervention de chirurgie ambulatoire?

| A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | _____
 Date d'admission Date de sortie Nom de l'établissement

Si le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description :

| A | A | A | A | M | M | J | J | _____
 Date Description

3) Traitement (médicament, posologie, physiothérapie, autre) :

4) Pronostic Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement :

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même condition ou pour une condition semblable? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez la date : | A | A | A | A | M | M | J | J | Nom du professionnel de la santé : _____

Veuillez décrire les symptômes (histoire, gravité, fréquence, etc.) : _____

Fréquence des consultations : Hebdomadaire Mensuelle Autre _____

5) Suite de la déclaration du médecin traitant – Si l'absence risque de se prolonger au-delà de 4 semaines

Veuillez joindre à la présente une copie de tous les documents pertinents :

- résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué)
- rapports de consultation

Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient a consulté ou consultera un spécialiste relativement à la condition.

_____ | A | A | A | A | M | M | J | J |
Nom du spécialiste Spécialité Date de la consultation

À la lumière des résultats cliniques et de vos observations, veuillez décrire les restrictions et limitations cognitives ou physiques actuelles du patient :

Veuillez nous faire part de toute complication ou de toute autre condition influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou sur la période de convalescence prévue :

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui Non

Avez-vous des inquiétudes quant à la capacité du patient de gérer ses propres affaires? Oui Non

Avis au médecin

Les renseignements figurant dans le présent formulaire seront versés à un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou de l'administrateur du régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi.

Nom du médecin traitant _____ Date de signature : | A | A | A | A | M | M | J | J |
(en caractères d'imprimerie)

Spécialité du médecin _____ N° permis d'exercer _____

Adresse : _____ | _____ | _____ | _____ |
Rue Ville Province Code Postal

Téléphone (avec indicatif régional) : | _____ | _____ | _____ | _____ |
Télécopieur (avec indicatif régional) : | _____ | _____ | _____ | _____ |

Signature : _____