

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : _____ N° de groupe ou de police _____ N° de certificat _____
 4 Numéro d'assurance sociale : _____
 5 Date de naissance : _____ A A A A M M J J

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

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation (**joindre copie** des résultats récents, radiographies, ECG ou autres tests et examens) :

 Poids : _____ lb kg Taille : _____ pi/po _____ m/cm Tension artérielle la plus récente : _____
 1.4 Veuillez décrire les signes et symptômes observés et préciser leur fréquence et le degré de gravité de chacun d'eux. (L = Léger, M = Moyen, I = Intense)

	L M I		L M I
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2. Traitement

2.1 Médicaments (nom, posologie) : _____
 2.2 Traitements additionnels (précisez le type et la fréquence) : _____
 2.3 Chirurgie (date, type d'intervention, méthode) : _____
 2.4 Hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
 2.5 Consultation d'un spécialiste : Non Oui → **Annexez la copie de consultation. Spécialité :** _____

3. Suivi médical et pronostic

3.1 Date de la dernière consultation : _____ Prochaine consultation : _____
 3.2 Tests et examens à venir, précisez : _____
 3.3 Fréquence du suivi : _____
 3.4 Orientation vers un spécialiste : Non Oui Nom du médecin : _____
 3.5 Date prévue de consultation d'un spécialiste : _____ Spécialité : _____
 3.6 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
_____	_____

 3.7 Évolution : progressive stable régressive
 3.8 Si vous prévoyez que cette absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.

 3.9 Collaboration du patient à son traitement : excellente moyenne médiocre
 3.10 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Non Oui
 3.11 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours _____ Nb de semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail _____
 3.12 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. Autres questions

5. Identification du médecin

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

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : _____ 4 Numéro d'assurance sociale : _____
 N° de groupe ou de police N° de certificat
 5 Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J |

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

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Veuillez décrire les signes et symptômes observés et préciser leur fréquence et le degré de gravité de chacun d'eux : L = Léger M = Moyen I = Intense

Signes	L	M	I	Symptômes	L	M	I
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Traitement

2.1 Médication (nom, posologie) : _____

2.2 **Votre patient consulte-t-il un :** Depuis quand **Votre patient reçoit-il des soins :** Précisez :

Consulte-t-il un :	Non	Oui	Depuis quand	Reçoit-il des soins :	Non	Oui	Précisez :
psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	dans un centre de traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	dans un CLSC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
travailleur social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	dans un hôpital de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
autre intervenant de la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	en thérapie de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				en thérapie individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

AXE II) Troubles de la personnalité associés ? Non Oui Précisez : _____
 Problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme associés ou problèmes de jeu ? Non Oui Précisez : _____

AXE III) Maladie associée : — diagnostic : _____
 — médicaments prescrits : _____

AXE IV) Stresseurs psychosociaux associés (dans les 12 derniers mois) :

<input type="checkbox"/> Problèmes personnels ou interpersonnels	<input type="checkbox"/> Perte d'emploi ou mise à pied	<input type="checkbox"/> Problèmes professionnels
<input type="checkbox"/> Problèmes conjugaux ou familiaux	<input type="checkbox"/> Consommation abusive d'alcool ou de drogues et (ou) problèmes de jeu	
<input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____		

AXE V) Échelle générale de fonctionnement (selon l'échelle EGF du DSM IV (0 à 100) 100 = condition parfaite)
 — au début du traitement : _____ — actuellement : _____

3. Suivi médical et pronostic

3.1 Date de la dernière consultation : | A | A | A | A | M | M | J | J | Prochaine consultation : | A | A | A | A | M | M | J | J |

3.2 Fréquence du suivi : _____

3.3 Le patient sera-t-il dirigé vers un psychiatre ? Non Oui Nom du médecin : _____

3.4 Collaboration du patient à son traitement : excellente moyenne médiocre

3.5 Si vous prévoyez que l'absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.

3.6 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail ? Non Oui

3.7 Considérez-vous que son état s'est amélioré de façon optimale ? Non Oui

3.8 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours _____ Nb de semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail | A | A | A | A | M | M | J | J |

3.9 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. Autres questions

5. Identification du médecin

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

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE