

1 Nom : \_\_\_\_\_ 2 Prénom : \_\_\_\_\_  
3 N° de contrat : \_\_\_\_\_ N° de groupe ou de police \_\_\_\_\_ 4 Numéro 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 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 du travail  un accident d'automobile   
Date de l'événement : \_\_\_\_\_ A A A A M M J J  
une grossesse Non  Oui  Date prévue de l'accouchement : \_\_\_\_\_ A A A A M M J J  
un retrait préventif Non  Oui   
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 \_\_\_\_\_  
A A A A M M J J

**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 : \_\_\_\_\_ A A A A M M J J  
c) d'autres traitements Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_  
d) une hospitalisation : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_  
e) un court séjour en observation Non  Oui  N<sup>bre</sup> d'heures : \_\_\_\_\_

**3. Suivi et pronostic**

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : \_\_\_\_\_ A A A A M M J J Prochaine consultation : \_\_\_\_\_ A A A A M M J J  
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 : N<sup>bre</sup> de jours \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de semaines \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail \_\_\_\_\_ A A A A M M J J  
3.5 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N<sup>bre</sup> de jours \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de semaines \_\_\_\_\_  
à temps partiel  à temps plein  retour progressif  Précisez : \_\_\_\_\_

**4. Renseignements supplémentaires**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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

1 Nom : \_\_\_\_\_ 2 Prénom : \_\_\_\_\_  
 3 N° de contrat : \_\_\_\_\_ N° de groupe ou de police \_\_\_\_\_ 4 Numéro 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 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 ou familiale  à la perte d'un emploi ou à une mise à pied  à des problèmes professionnels  
 à des problèmes personnels ou interpersonnels  à la consommation abusive d'alcool ou de drogues ou à des problèmes de jeu  
 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  b) consulté un autre médecin  c) pris des médicaments  d) été hospitalisé  e) subi des examens   
 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 : \_\_\_\_\_ A A A A M M J J Prochaine consultation : \_\_\_\_\_ A A A A M M J J  
 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 : N<sup>bre</sup> de jours \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de semaines \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail \_\_\_\_\_ A A A A M M J J  
 3.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N<sup>bre</sup> de jours \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de semaines \_\_\_\_\_  
 à temps partiel  à temps plein  retour progressif  Précisez : \_\_\_\_\_

**4. Renseignements supplémentaires**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5. Identification du médecin**

5.1 Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
 5.2 N° de permis d'exercer : \_\_\_\_\_ Télécopieur : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
 Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_ A A A A M M J J  
 Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_