

ANNEXE À CARACTÈRE PSYCHOLOGIQUE - à remplir par l'assuré(e)

Nom :

Police n° :

1. Veuillez élaborer sur ce que vous croyez être la cause de votre condition actuelle.

2. Comment vous sentez-vous depuis votre arrêt de travail ?

3. Quelle est la fréquence de vos suivis médicaux avec votre médecin traitant ?

Fréquence : _____

Date du prochain rendez-vous : _____

4. Quelle est la médication recommandée par votre médecin ?

Médicament(s) : _____

Date : _____

5. Y-a-t-il eu des changements de médication depuis le début de votre traitement?

Non Oui Spécifiez _____

6. Avez-vous été référé(e) à un psychologue ? Oui Non Autre : _____

Présentement, utilisez-vous le service d'un psychologue? Oui Non

Depuis quelle date : _____

Fréquence : _____

Si « Non », pour quels motifs? _____

7. Avez-vous été référé(e) à un psychiatre ? Non Oui

Nom : _____ Date du rendez-vous : _____

Signature : _____

Date : _____