

**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 : \_\_\_\_\_