

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 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
 un retrait préventif Non Oui Date prévue de l'accouchement : | A | A | A | A | M | M | J | J |
 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 | A | A | A | A | M | M | J | J | Actuellement _____

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 _____ Date : | A | A | A | A | M | M | J | J |
 Intervention chirurgicale : _____
 c) d'autres traitements : Non Oui Précisez : _____
 d) une hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
 e) un court séjour en observation (nombre 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 : Nb de jours _____ Nb 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 ? Nb de jours _____ Nb de semaines _____
 à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

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 | 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 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/familiale à la perte d'un emploi ou à une mise à pied problèmes professionnels
 à des problèmes personnels ou interpersonnels à la consommation abusive d'alcool ou de drogues et (ou) problèmes au 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 : Nb de jours _____ Nb 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 ? jours _____ semaines _____
 à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

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