

Nom : _____ N° de contrat : _____	N° de réclamation : _____ Prénom : _____ Date de naissance :  —j— —m— — —a— —
--------------------------------------	---

**1. HISTORIQUE DU PATIENT**

A. Êtes-vous le médecin de famille? Oui  non  Si oui, depuis combien d'années : \_\_\_\_\_  
 Si non, qui est ou était le médecin de famille : \_\_\_\_\_

B. Ce patient vous a-t-il été référé par un autre médecin? oui  non  Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

C. Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

D. Combien de fois le patient a-t-il été vu?

**2. HISTORIQUE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL**

A. Date de l'accident ou de l'apparition des premiers symptômes : |—j—|—m—|— —a— —|

B. Date à laquelle le patient est devenu inapte au travail du point de vue médical en raison de sa condition : |—j—|—m—|— —a— —|

C. Date de la première visite associée à sa condition actuelle : |—j—|—m—|— —a— —|

D. Date de la toute dernière visite : |—j—|—m—|— —a— —|

E. L'incapacité est-elle reliée à : une maladie  un accident  un accident du travail  un accident d'automobile

F. Circonstances de l'accident :

**3. DIAGNOSTIC**

A. Diagnostic principal

B. Diagnostic secondaire, condition(s) associée(s) et complication(s) médicale(s) pouvant prolonger l'invalidité :

C. L'incapacité résulte-t-elle d'une grossesse? Oui Non Date prévue de S'agit-il d'un retrait préventif? Oui Non l'accouchement : |—j—|—m—|— —a— —|

D. Pour la ou les conditions médicales dont font état le ou les diagnostics, dans le passé, ce patient a-t-il déjà :

a. reçu des traitements médicaux oui  non  Précisez : \_\_\_\_\_

b. consulté un autre médecin oui  non  Précisez : \_\_\_\_\_

c. pris des médicaments oui  non  Précisez : \_\_\_\_\_

d. été hospitalisé oui  non  Précisez : \_\_\_\_\_

e. subi des examens oui  non  Précisez : \_\_\_\_\_

**4. SYMPTÔMES**

A. Symptômes subjectifs et gravités : \_\_\_\_\_

B. Constatations objectives cliniques, résultats de(s) test(s) effectué(s) lors de l'enquête (radiographies, tests de laboratoire, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C. Votre patient est-il : Alité  Confiné à la maison  Hospitalisé

D. S'il a été hospitalisé, indiquez la période : Du |—j—|—m—|— —a— —| Au |—j—|—m—|— —a— —|

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

## 5. LIMITATIONS

A. Décrivez les limitations fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.

Au début de l'invalidité	Actuellement

B. Cette condition est-elle considérée chronique? Oui  Non  si oui, qu'est-ce qui a causé l'absence récente du travail?

## 6. TRAITEMENTS

A.

Date(s)	Genre de traitement actuel ou prévu (médicament (s), physiothérapie, tests, chirurgie, etc.)	Fréquence(s), etc.

B. Est-ce que le patient suit le traitement recommandé? oui  non   
Si oui, de quelle façon? Si non, veuillez préciser

C. Autre(s) praticien(s) consulté(s) ou référé(s) au sujet de l'invalidité actuelle

Nom(s)	Spécialité(s)	Date(s)

## 7. PRONOSTIC

L'état du patient :  s'est stabilisé  s'est amélioré  est demeuré inchangé  s'est détérioré  
Quel est le pronostic de guérison?

## 8. DEGRÉ D'INVALIDITÉ

A. Le patient est-il totalement incapable d'exercer :

SA PROFESSION OU SON TRAVAIL?  
 OUI  NON

AUTRE PROFESSION OU TRAVAIL?  
 OUI  NON

B. Si non, quand aurait-il pu reprendre  
l'exercice de :

|—j—|—m—|— a —| |—j—|—m—|— a —|

C. Si oui, quand pourra-t-il reprendre  
l'exercice de :

|—j—|—m—|— a —| |—j—|—m—|— a —|

D. Si la date est indéterminée, nombre de semaines  
ou de mois additionnels nécessaires avant la reprise  
de sa profession ou son travail :

[ ] SEMAINES [ ] MOIS

9. RÉADAPTATION: Croyez-vous que votre patient pourrait bénéficier d'un service de réadaptation :

- A. Pour retourner à son travail oui  non   
B. Pour reprendre un travail modifié, adapté à ses limitations oui  non   
C. Pour une éventuelle réorientation professionnelle oui  non   
D. Pour bénéficier d'une aide spécialisée oui  non

Si oui, veuillez préciser le genre d'aide : \_\_\_\_\_

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

*Votre patient est responsable des frais engagés pour remplir le formulaire.*

## IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
(en lettres moulées)

Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

N° de permis : \_\_\_\_\_  Omnipraticien  Spécialiste, précisez : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_