

DÉCLARATION À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT MALADIES À CARACTÈRE PSYCHOLOGIQUE



5055, Métropolitain Est, bureau 202, Montréal, Québec H1R 1Z7 • Tél. : 514-327-0020 • 1-800-465-5818 • Télécopieur : 514-327-9313

Nom: _____	N° de réclamation: _____
N° de contrat: _____	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'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 ——|

3. DIAGNOSTIC

A. Diagnostic principal

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

C. L'incapacité est-elle associée à une grossesse? Oui Non Date prévue de l'accouchement : |— j —|— m —|— a ——|

D. Signes et symptômes actuels

et degré de gravité de l'ensemble des signes et symptômes Léger Moyen Intense avec éléments psychotiques

<u>Signes</u>	<u>Symptômes</u>

ANTÉCÉDENTS

E. 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: _____

F. AXE II

Troubles de la personnalité associés?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Précisez:
Problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme associés ou problème de jeu?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Précisez:

G. AXE III

Maladie associée: -diagnostic:	-médicaments prescrits :
-----------------------------------	--------------------------

H. AXE IV

Stresseurs psychosociaux associés (dans les 12 derniers mois):

<input type="checkbox"/> Problèmes personnels ou interpersonnels	<input type="checkbox"/> Perte d'emploi ou mise à pied	<input type="checkbox"/> Problèmes professionnels
<input type="checkbox"/> Problèmes conjugaux ou familiaux	<input type="checkbox"/> Consommation abusive d'alcool ou de drogues et (ou) problèmes de jeu	
<input type="checkbox"/> Autres, précisez		

I. AXE V

Échelle générale de fonctionnement (selon l'échelle EGF du DSM IV (0 à 100) = condition parfaite)

- au début du traitement : _____ - actuellement : _____

4. TRAITEMENTS

A. Médicaments - nom - posologie: _____

B. Votre patient consulte-t-il un: Depuis quand Votre patient est-il suivi: Précisez:

Psychiatre	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un centre de traitement	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	_____
Psychologue	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	_____	dans une CLSC	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	_____
Travailleurs social	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un hôpital de jour	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	_____
Autre intervenant	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	_____	en thérapie de groupe	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	_____

Si oui, nom de l'intervenant consulté : _____

C. Hospitalisation: du | -j- | -m- | - a - | Au | -j- | -m- | - a - |

Nom de l'hôpital: _____

5. SUIVI ET PRONOSTIC

A. Date de la dernière consultation: | -j- | -m- | - a - | B. Fréquence du suivi : _____

Prochaine consultation: | -j- | -m- | - a - |

C. Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre? Oui Non Nom du médecin: _____
Pourquoi? _____

D. Collaboration du patient à son traitement: excellente moyenne médiocre

E. Si vous prévoyez que l'absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.

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

6. 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

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

A. Pour bénéficier d'une aide spécialisée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
B. Pour retourner à son travail	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
C. Pour reprendre un travail modifié, adapté à ses limitations	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
D. Pour une éventuelle réorientation professionnelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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 : _____ (en lettres moulées) Téléphone : _____

Adresse : _____ Télécopieur : _____

N° de permis : _____ Omnipraticien Spécialiste, précisez : _____

Signature : _____ Date : _____