

644, RUE MAIN CP 220
MONCTON NB E1C 8L3
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLEC. : 1-800-644-1722

230 AVE BROWNLOW - DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLEC. : 1-800-644-1722

CP 2000 185 THE WEST MALL BUREAU 1200
ETOBICOKE ON M9C 5P1
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLEC. : 416-626-0400

CP 668 SUCCURSALE B
MONTRÉAL QC H3B 3K3
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLEC. : 1-844-244-8198
salaire@medavie.croixbleue.ca

DIRECTIVES :

1. Veuillez écrire en caractères d'imprimerie.
2. La première partie doit être remplie par le (la) patient(e).
3. La deuxième partie doit être remplie par le médecin.
4. Les frais associés à l'obtention des renseignements figurant sur ce formulaire sont à la charge du (de la) patient(e).

PREMIÈRE PARTIE : AUTORISATION DU (DE LA) PATIENT(E)

Nom : _____ Date de naissance : _____
Nom de famille Prénom Initiale(s) AAAA MM JJ

J'autorise par la présente la divulgation des renseignements ci-inclus demandés par mon assureur ou ses conseillers.

Signature : _____ Date : _____
AAAA MM JJ

DEUXIÈME PARTIE : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____ Spécialité : _____

Adresse : _____

Téléphone : () _____ Télécopieur : () _____

ÉTAT ACTUEL

Date de l'examen initial : _____
AAAA MM JJ

Diagnostic primaire : _____ Échelle : DSM () Niveau ()
_____ Catégorie () Stade ()

Diagnostic secondaire : _____ Échelle : DSM () Niveau ()
_____ Catégorie () Stade ()

Symptômes : _____ Signes : _____

Le (La) patient(e) a-t-il (elle) eu : un test diagnostique une consultation une hospitalisation
Si oui, il est important que vous annexiez les copies de tous les résultats, des rapports de consultation et des
sommaires du congé de l'hôpital.

Probabilité de limitations / restrictions fonctionnelles permanentes : oui non

Temps prévu de la convalescence : _____

Si l'état est lié à une grossesse, indiquez la date d'accouchement ou la date prévue d'accouchement :

AAAA MM JJ

L'état est-il lié à une blessure ou une maladie découlant de l'emploi du (de la) patient(e) ? oui non inconnu

Facteurs pouvant influencer la convalescence (veuillez expliquer).

- Dépendance _____
- Régime alimentaire _____
- Milieu de travail _____
- Milieu familial _____
- Antécédents familiaux de l'état actuel _____
- Condition physique générale _____
- Antécédents médicaux _____
- Maladies préexistantes _____

Le (La) patient(e) a-t-il (elle) déjà souffert d'un problème semblable ? oui non Si oui, veuillez expliquer.

Plan de gestion de l'état actuel

Veuillez indiquer le traitement actif / à venir :

	Date
	AAAA MM JJ
<input type="checkbox"/> Médicaments (y compris les doses)	

<input type="checkbox"/> Chirurgie	AAAA MM JJ

	Nom	Spécialité	AAAA	MM	JJ
<input type="checkbox"/> Chiropraticien	_____	_____			
<input type="checkbox"/> Conseiller	_____	_____			
<input type="checkbox"/> Test / Analyse diagnostique	_____	_____			
<input type="checkbox"/> Spécialiste	_____	_____			
<input type="checkbox"/> Thérapeute	_____	_____			
<input type="checkbox"/> Autre	_____	_____			

Progrès du (de la) patient(e) :

- Aucun
- Amélioration importante
- Régression
- Résolution
- Amélioration minimale
- Plateau

À votre avis, le (la) patient(e) est-il (elle) un(e) bon(ne) candidat(e) pour le programme de réembauche (p. ex. retour progressif / graduel au travail, fonctions modifiées) ? oui non Sinon, veuillez donner les détails.

Autres renseignements pouvant être utiles ou importants pour la convalescence du (de la) patient(e) :

Signature : _____ Date : _____

AAAA MM JJ