

DÉCLARATION À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

| | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| 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'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.

| <u>Au début de l'invalidité</u> | <u>Actuellement</u> |
|---------------------------------|---------------------|
| | |

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 : _____