

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  Non  Précisez: \_\_\_\_\_

Problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme associés ou problème de jeu? Oui  Non  Précisez: \_\_\_\_\_

G. AXE III

Maladie associée:

-diagnostic: \_\_\_\_\_

-médicaments prescrits: \_\_\_\_\_

H. AXE IV

Stresseurs psychosociaux associés (dans les 12 derniers mois):

- Problèmes personnels ou interpersonnels   
  Perte d'emploi ou mise à pied   
  Problèmes professionnels  
 Problèmes conjugaux ou familiaux   
  Consommation abusive d'alcool ou de drogues et (ou) problèmes de jeu  
 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  Nom du médecin: \_\_\_\_\_  
non  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? AUTRE PROFESSION OU TRAVAIL?  
oui  non  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  non   
B. Pour retourner à son travail oui  non   
C. Pour reprendre un travail modifié, adapté à ses limitations oui  non   
D. Pour une éventuelle réorientation professionnelle 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 : \_\_\_\_\_ (en lettres moulées) Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
N° de permis : \_\_\_\_\_  Omnipraticien  Spécialiste, précisez : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_