



❶ Nom : \_\_\_\_\_ ❷ Prénom : \_\_\_\_\_  
 ❸ N° de contrat : \_\_\_\_\_ ❹ N° de certificat : \_\_\_\_\_  
 ❺ Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient.)**

**1. Diagnostic**

1.1 Principal : \_\_\_\_\_  
 1.2 Secondaire : \_\_\_\_\_  
 1.3 Complications : \_\_\_\_\_  
 1.4 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état le ou les diagnostics :  
 a) reçu des traitements médicaux  b) consulté un autre médecin  c) pris des médicaments  d) été hospitalisé  e) subi des examens   
 Précisez les périodes : \_\_\_\_\_  
 1.5 L'incapacité est-elle reliée à : Un accident  Une maladie  Un accident du travail  Un accident d'automobile   
 Date de l'événement : \_\_\_\_\_  
 une grossesse Non  Oui  \_\_\_\_\_  
 un retrait préventif Non  Oui  Date prévue de l'accouchement : \_\_\_\_\_  
 1.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.  
 Au début de l'invalidité : \_\_\_\_\_ Actuellement \_\_\_\_\_

**2. Traitement**

2.1 Médicaments – nom – posologie : \_\_\_\_\_  
 2.2 Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :  
 a) des examens ou tests Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_  
 b) une opération Non  Oui  D'un jour  Type : \_\_\_\_\_  
 Intervention chirurgicale : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 c) d'autres traitements Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_  
 d) une hospitalisation : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_  
 e) un court séjour en observation Non  Oui  N<sup>bre</sup> d'heures : \_\_\_\_\_

**3. Suivi et pronostic**

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : \_\_\_\_\_ Prochaine consultation : \_\_\_\_\_  
 3.2 Autres dates de consultations : \_\_\_\_\_ Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_  
 3.3 Orientation vers un autre médecin : Non  Oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
 Spécialité : \_\_\_\_\_  
 3.4 Durée approximative de l'incapacité : N<sup>bre</sup> de jours : \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de semaines : \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail : \_\_\_\_\_  
 3.5 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N<sup>bre</sup> de jours : \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de semaines : \_\_\_\_\_  
 À temps partiel  À temps plein  Retour progressif  Précisez : \_\_\_\_\_

**4. Renseignements supplémentaires**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5. Identification du médecin**

5.1 Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 5.2 N° de permis d'exercer : \_\_\_\_\_ Télécopieur : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_



① Nom : \_\_\_\_\_ ② Prénom : \_\_\_\_\_  
 ③ N° de contrat : \_\_\_\_\_ ④ N° de certificat : \_\_\_\_\_  
 ⑤ Date de naissance : \_\_\_\_\_ A A A A M M J J

**Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient.)**

**1. Diagnostic**

1.1 Principal : \_\_\_\_\_  
 1.2 Secondaire : \_\_\_\_\_  
 1.3 Symptômes actuels : \_\_\_\_\_  
 1.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Léger  Moyen  Intense  Avec éléments psychotiques   
 1.5 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :  
 À la vie conjugale ou familiale  À la perte d'un emploi ou à une mise à pied  À des problèmes professionnels  
 À des problèmes personnels ou interpersonnels  À la consommation abusive d'alcool ou de drogues ou à des problèmes de jeu  
 Autres Précisez : \_\_\_\_\_  
 1.6 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 : \_\_\_\_\_

**2. Traitement**

2.1 Médicaments – nom – posologie : \_\_\_\_\_  
 2.2 Le patient consulte-t-il : un psychiatre Non  Oui  un travailleur social Non  Oui   
 un psychologue Non  Oui  un autre intervenant de la santé Non  Oui   
 Si oui, nom de l'intervenant consulté : \_\_\_\_\_  
 2.3 Hospitalisation : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

**3. Suivi et pronostic**

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : \_\_\_\_\_ A A A A M M J J Prochaine consultation : \_\_\_\_\_ A A A A M M J J  
 3.2 Autres dates de consultations : \_\_\_\_\_  
 3.3 Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_  
 3.4 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre? Non  Oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_ A A A A M M J J  
 3.5 Durée approximative de l'incapacité : N<sup>bre</sup> de jours : \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de semaines : \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail : \_\_\_\_\_ A A A A M M J J  
 3.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N<sup>bre</sup> de jours : \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de semaines : \_\_\_\_\_  
 À temps partiel  À temps plein  Retour progressif  Précisez : \_\_\_\_\_

**4. Renseignements supplémentaires**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5. Identification du médecin**

5.1 Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( \_\_\_\_\_ )  
 5.2 N° de permis d'exercer : \_\_\_\_\_ Télécopieur : ( \_\_\_\_\_ )  
 Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ A A A A M M J J

**NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE.**