

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____

3 N° de contrat : _____ N° de groupe ou de police _____ N° de certificat _____

4 Numéro d'assurance sociale : _____ **FACULTATIF**

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/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 les diagnostics font état : _____
 reçu des traitements médicaux consulté un autre médecin pris des médicaments été hospitalisé subi des examens
 Précisez la date des épisodes antérieurs : _____

2. Traitement

2.1 Médicaments – Nom et 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 consultation : _____

3.3 Fréquence du suivi : _____

3.4 Le patient sera-t-il dirigé vers un psychiatre? non oui Nom du médecin : _____

3.5 Durée approximative de l'incapacité : nombre de jours _____ nombre 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? nombre de jours _____ nombre de semaines _____
 à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

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

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____

3 N° de contrat : _____ N° de groupe ou de police _____ N° de certificat _____

4 Numéro d'assurance sociale : _____ **FACULTATIF**

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 Complications : _____

1.4 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont le ou les diagnostics font état :
 reçu des traitements médicaux consulté un autre médecin pris des médicaments été hospitalisé 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 : **A A A A M M J J**
 une grossesse non oui
 un retrait préventif non oui Date prévue de l'accouchement : **A A A A M M J J**

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 **A A A A M M J J** actuellement _____

2. Traitement

2.1 Médicaments – Nom et 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 _____ Date : **A A A A M M J J**
 Intervention chirurgicale? _____
 c) d'autres traitements? non oui Précisez : _____
 d) une hospitalisation du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
 e) un court séjour en observation (nombre d'heures)? _____

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 consultation : _____
 Fréquence du suivi : _____

3.3 Orientation vers un autre médecin : non oui
 Nom du médecin : _____ Spécialité : _____

3.4 Durée approximative de l'incapacité : nombre de jours _____ nombre de semaines _____
 indéterminée ou date de retour au travail : **A A A A M M J J**

3.5 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? nombre de jours _____ nombre de semaines _____
 à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : _____

5.2 N° 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