DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

SSQ, Société d'assurance-vie inc. | Gestion de l'invalidité et assurance vie
2525, boulevard Laurier | C.P. 10500 | Succursale Sainte-Foy | Québec (Québec) G1V 4H6
418 651-2307 ou 1 888 651-2307 | Télécopieur : 418 651-5569

Tous les honoraires exigés pour remplir la déclaration sont à la charge du patient.

Renseignements sur la personne assurée et consentement — À REMPLIR PAR LE PATIENT

☐ Homme
☐ Femme

Nom de la personne assurée : _____
Nom de famille Prénom

Date de naissance	Taille	Poids	Téléphone au domicile (avec indicatif régional)	Cellulaire (avec indicatif régional)
A A A A M M J J				

Adresse _____
Rue Ville Province Code postal

Nom de l'employeur	Numéro du contrat	Numéro du certificat de la personne assurée

Dernier jour de travail	**Date réelle ou prévue du retour au travail**
A A A A M M J J	A A A A M M J J

Déclaration du médecin traitant — À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

ARRÊT

- **Si votre patient est de retour au travail ou s'il est prévu qu'il le soit dans les 4 semaines suivant la date de son dernier jour de travail, veuillez remplir les sections 1 à 4 uniquement et apposer votre signature à la fin du formulaire.**
- **Pour les absences risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir les pages 1 et 2 au complet.**

1) Diagnostic

Diagnostic principal : _____

Diagnostic secondaire ou complications : _____

Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :

☐ à la vie conjugale/familiale
☐ 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

S'il s'agit d'une grossesse – Date prévue ou réelle de l'accouchement A A A A M M J J Voie vaginale ☐ Césarienne ☐

Maladie professionnelle ou accident du travail? ☐ Oui ☐ Non	Accident de la route? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, précisez la date : A A A A M M J J	Dans l'affirmative, précisez la date : A A A A M M J J
Date de votre première consultation avec le patient relativement à cette condition	Date du premier jour d'absence du travail en raison de la condition
A A A A M M J J	A A A A M M J J

2) Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? ☐ **ou** a-t-il subi une intervention de chirurgie ambulatoire? ☐

A A A A M M J J	A A A A M M J J	
Date d'admission	Date de sortie	Nom de l'établissement

Si le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description :

A A A A M M J J	
Date	Description

3) Traitement (médicament, posologie, physiothérapie, autre) :

4) Pronostic Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement :

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même condition ou pour une condition semblable? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, précisez la date : A A A A M M J J Nom du professionnel de la santé :

Veuillez décrire les symptômes (histoire, fréquence, etc.) :

Degré de gravité de l'ensemble des symptômes:

☐ léger ☐ moyen ☐ intense ☐ avec éléments psychotiques

Fréquence des consultations : Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Autre ☐

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
☐ à temps partiel
☐ à temps plein
☐ retour progressif

Précisez :

5) Suite de la déclaration du médecin traitant – Si l'absence risque de se prolonger au-delà de 4 semaines

Veuillez joindre à la présente une copie de tous les documents pertinents :

- **résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué)**
- **rapports de consultation**

Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient a consulté ou consultera un spécialiste relativement à la condition.

Nom du spécialiste | Spécialité | Date de la consultation (A A A A M M J J)

À la lumière des résultats cliniques et de vos observations, veuillez décrire les restrictions et limitations cognitives ou physiques actuelles du patient :

Veuillez nous faire part de toute complication ou de toute autre condition influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou sur la période de convalescence prévue :

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des inquiétudes quant à la capacité du patient de gérer ses propres affaires? ☐ Oui ☐ Non

Avis au médecin

Les renseignements figurant dans le présent formulaire seront versés à un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou de l'administrateur du régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi.

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie) Date de signature : A A A A M M J J

Spécialité du médecin N° permis d'exercer

Adresse : Rue | Ville | Province | Code Postal

Téléphone (avec indicatif régional) : Télécopieur (avec indicatif régional) :

Signature :