

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 : | A | A | A | A | M | M | J | J | Taille : _____ Poids : _____ Téléphone au domicile (avec indicatif régional) : _____ Cellulaire (avec indicatif régional) : _____

Adresse : _____ Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

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

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

Déclaration du médecin traitant

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN



- 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 personnels ou interpersonnels
☐ à des problèmes professionnels ☐ 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

Dans l'affirmative, précisez la date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Accident de la route? ☐ Oui ☐ Non

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

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date du premier jour d'absence du travail en raison de la condition

| 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

Veillez 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 : _____

Veillez 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

 Veillez 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 _____

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Date de la consultation

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

Veillez 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 : _____