

Les honoraires exigés pour remplir la présente déclaration sont à la charge du patient.**Partie A – Renseignements sur la personne assurée et consentement****À REMPLIR PAR LE PATIENT**

Homme Femme Nom de la personne assurée : _____

Nom de famille Prénom

Téléphone (avec indicatif régional) _____ Date de naissance _____ Adresse courriel _____

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 du retour au travail, ou date prévue au travail du retour si elle est connue** _____ **Indiquez vos :**

A A A A M M J J A A A A M M J J Taille : _____ Poids : _____

Partie B – Questionnaire du médecin traitant**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN**Je suis : le médecin traitant un spécialiste-conseil autre (préciser) : _____**1) Diagnostic**

Diagnostic principal : _____

Diagnostic secondaire : _____

La condition est-elle liée : à une maladie professionnelle ou à un accident du travail? à un accident de la route? Dans l'affirmative, indiquez la date :

Précisions : _____

Date de votre première consultation avec le patient
relativement à cette conditionDate du premier jour d'absence du travail
en raison de cette conditionLe patient a-t-il déjà été traité pour la même condition ou pour une condition semblable? Oui NonDans l'affirmative, précisez la date : Indiquez par qui : _____Avez-vous rempli récemment d'autres formulaires de demande de prestations d'invalidité relativement à ce patient? Oui Non

Dans l'affirmative, qui en a fait la demande? (autre assureur, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) _____

2) Symptômes, tels que décrits par le patient

Veillez décrire les symptômes actuels du patient (fréquence, gravité) : _____

3) Résultats cliniques et observations

Veillez décrire l'effet de la condition sur les points suivants :

	Sans effet	Léger	Modéré	Important
Apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énergie/Vigueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration/Attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affect/Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autocritique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations à l'appui de ce qui précède : _____

4) Facteurs qui compliquent la situation

Veillez indiquer tous les facteurs susceptibles d'avoir contribué au(x) problème(s) clinique(s) et de se répercuter sur la convalescence du patient :

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Difficultés au travail | <input type="checkbox"/> Difficultés sociales/familiales | <input type="checkbox"/> Difficultés d'ordre financier/juridique | |
| <input type="checkbox"/> Condition physique | <input type="checkbox"/> Alcoolisme/Toxicomanie | <input type="checkbox"/> Effets secondaires d'un ou de médicaments | |
| <input type="checkbox"/> Perception de la douleur | <input type="checkbox"/> Difficultés d'adaptation | <input type="checkbox"/> Personnalité/Manque de motivation | <input type="checkbox"/> Autres |

Veillez préciser :

Veillez décrire le soutien en place ou prévu pour aider le patient face à ces difficultés :

5) Examens

Veillez joindre au présent questionnaire 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

Le patient est-il en attente de tests/d'examens/de consultations? Oui Non Date prévue du rapport | A | A | A | A | M | M | J | J |

Le patient a-t-il rendez-vous dans un avenir rapproché avec un ou plusieurs spécialistes? Oui Non

Nom du spécialiste	Spécialité	Date du rendez-vous
1. _____	_____	A A A A M M J J
2. _____	_____	A A A A M M J J

Motif de la demande de consultation : _____

L'un des permis du patient a-t-il fait l'objet de restrictions ou a-t-il été révoqué? Oui Non Je ne sais pas

Dans l'affirmative, quand? | A | A | A | A | M | M | J | J | Type de permis : _____

6) Médicaments (veuillez continuer la liste sur une feuille distincte si vous manquez d'espace)

Nom du médicament	Posologie initiale et date de la première prise	Posologie et date dans le dernier cas	Réponse
		A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	

7) Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? Oui Non

Une hospitalisation est-elle prévue? Oui Non

Date d'admission

Date de sortie

Nom de l'établissement

1. | A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | _____

2. | A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | _____

8) Précisions sur le traitement – Thérapie psychologique (cognitivo-comportementale, pour toxicomanie/alcoolisme, de groupe, familiale, conjugale, en hôpital de jour, etc.)

Type de traitement	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement	Fréquence des séances	Date de la dernière séance	Réponse
		A A A A M M J J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A A A A M M J J	

9) Précisions sur le traitement – Traitements additionnels pour troubles physiques connus

(physiothérapie, chiropratique, autre technique de réadaptation, etc.)

Type de traitement	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement	Fréquence des séances	Date de la dernière séance	Réponse
		A A A A M M J J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A A A A M M J J	

10) Réponse globale au traitement

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent? Réponse optimale Réponse partielle
 Aucune réponse Trop tôt pour se prononcer

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

Veuillez préciser : _____

Prévoyez-vous modifier ou intensifier le programme de traitement actuel? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez : _____

11) Pronostic et rétablissement

Quels sont les objectifs de retour au travail dont vous avez discuté avec le patient? Veuillez préciser : _____

Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient : _____

Veuillez fournir tout autre renseignement qui nous aidera à comprendre l'état de santé actuel du patient, les objectifs de rétablissement et le pronostic.

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 _____ Date de signature : A | A | A | A | M | M | J | J
(en caractères d'imprimerie)

Spécialité du médecin _____ Numéro permis d'exercer : _____

Adresse : _____
Rue Ville Province Code Postal

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

Signature : _____