

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

**Partie 1 – 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 : \_\_\_\_\_ 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

Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement :

Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence	Indiquez vos :
1. _____	_____	_____	Taille : _____
2. _____	_____	_____	Poids : _____
3. _____	_____	_____	<b>Main dominante :</b> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	
5. _____	_____	_____	

**Partie 2 – Déclaration du médecin traitant**

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN**

Je suis : le médecin de famille  un spécialiste-conseil  autre  (préciser) : \_\_\_\_\_

**1) Diagnostic**

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire ou complications : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

S'il s'agit d'une grossesse – Date prévue ou réelle de l'accouchement : A A A A M M J J

La condition est-elle attribuable : à une maladie professionnelle ou à un accident du travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	à un accident de la route? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans l'affirmative, précisez la date : <small>A A A A M M J J</small>	Dans l'affirmative, précisez la date : <small>A A A A M M J J</small>

Avez-vous récemment rempli d'autres demandes 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.) \_\_\_\_\_

Date de votre première consultation avec le patient relativement à cette condition <small>A A A A M M J J</small>	Date du premier jour d'absence du travail en raison de la condition <small>A A A A M M J J</small>
--	---

---

## 2) Traitement

Par exemple : programme spécial, thérapeutique, médicaments

---

---

---

---

---

Fréquence des consultations : Hebdomadaire  Mensuelle  Autre  (préciser) \_\_\_\_\_

Date de la dernière consultation : | A | A | A | A | M | M | J | J |

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 : \_\_\_\_\_

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

Veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

---

## 3) Réponse au traitement

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent?

Réponse optimale

Réponse partielle

Aucune réponse

Trop tôt pour se prononcer

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

Dans l'affirmative, précisez : \_\_\_\_\_

---

## 4) 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 | \_\_\_\_\_

3. | A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | \_\_\_\_\_

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

Date

Description

1. | A | A | A | A | M | M | J | J | \_\_\_\_\_

2. | A | A | A | A | M | M | J | J | \_\_\_\_\_

3. | A | A | A | A | M | M | J | J | \_\_\_\_\_

## 5) Examens

**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

Le patient est-il en attente de tests/d'examens/de consultations?  Oui  Non

Date	Description
1.   A   A   A   A   M   M   J   J	_____
2.   A   A   A   A   M   M   J   J	_____

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

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

## 6) Résultats cliniques et observations

Veillez décrire les symptômes (histoire, gravité, fréquence, etc.). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indiquez si les symptômes du patient ont évolué jusqu'à présent. Amélioration  Aucune évolution  Détérioration

## 7) Restrictions et limitations

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

