

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.	_____	_____	Main dominante : 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? _____
 Oui Non _____ à un 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 |

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 _____ 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) 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 | | | _____

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

3. | 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 | | _____

