

**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**

**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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 : | 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) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

