

Informations générales (section à remplir par la personne assurée)

Nom _____ Prénom _____
 N° de contrat _____ N° d'assurance sociale _____ Date de naissance _____

Déclaration du médecin traitant (à remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation (joindre copie des résultats récents, radiographies, ECG ou autres tests et examens) : _____
 Poids _____ lb kg taille _____ pi/po m/mc tension artérielle la plus récente : _____
 1.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : (L = Léger, M = Moyen, I = Intense)
 _____ L M I _____ L M I
 _____ L M I _____ L M I

2. Traitement

2.1 Médicaments – nom – posologie : _____
 2.2 Traitements additionnels (précisez le type et la fréquence) : _____
 2.3 Chirurgie (date, nature et intervention) : _____
 2.4 Hospitalisation : du [A, A, A, A | M, M | J, J] au [A, A, A, A | M, M | J, J] Nom de l'hôpital : _____
 2.5 Consultation d'un spécialiste : Non Oui **dans l'affirmative annexe la copie**

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la dernière consultation : [A, A, A, A | M, M | J, J] Prochaine consultation : [A, A, A, A | M, M | J, J]
 3.2 Tests et examens à venir, précisez : _____ 3.3 Fréquence du suivi : _____
 3.4 Orientation vers un spécialiste : Non Oui Nom du médecin : _____
 3.5 Date prévue de consultation d'un spécialiste : [A, A, A, A | M, M | J, J] Spécialité : _____
 3.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.

Au début de l'invalidité	Actuellement

 3.7 Évolution : progressive stable régressive
 3.8 Si vous prévoyez que cette absence du travail ou à ses occupations habituelles se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic : _____

3.9 Collaboration du patient à son traitement : excellente moyenne médiocre 3.10 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Non Oui
 3.11 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours : _____ Nb de semaines : _____ Indéterminée ou date de retour au travail : [A, A, A, A | M, M | J, J]
 3.12 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ou à ses occupations habituelles ? Nb de jours : _____ Nb de semaines : _____
 à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____
 5.2 N° de permis d'exercer : _____ Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____

X _____ [A, A, A, A | M, M | J, J]
 Signature Date

Informations générales (section à remplir par la personne assurée)

Nom _____ Prénom _____
 N° de contrat _____ N° d'assurance sociale _____ Date de naissance _____

Déclaration du médecin traitant (à remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____

1.2 Secondaire : _____

1.3 Veuillez décrire les signes et symptômes avec leur fréquence et préciser le degré de gravité de chacun d'eux : (L = Léger, M = Moyen, I = Intense)

Signes	L	M	I	Symptômes	L	M	I
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Traitement

2.1 Médicaments – nom – posologie : _____

2.2 Le patient consulte-t-il :	Non	Oui	Depuis quand	Votre patient est-il suivi :	Non	Oui	Précisez :
un psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A, A, A, A M, M J, J	dans un centre de traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
un psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A, A, A, A M, M J, J	dans un CLSC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
un travailleur social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A, A, A, A M, M J, J	dans un hôpital de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
un autre intervenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A, A, A, A M, M J, J	en thérapie de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				en thérapie individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AXE II) Troubles de la personnalité associés ? Non Oui Précisez : _____
 Problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme associés ou problèmes de jeu ? Non Oui Précisez : _____

AXE III) Maladie associée : — diagnostic : _____
 — médicaments prescrits : _____

AXE IV) Stresseurs psychosociaux associés (dans les 12 derniers mois) :
 Problèmes personnels ou interpersonnels Perte d'emploi ou mise à pied Problèmes professionnels
 Problèmes conjugaux ou familiaux Consommation abusive d'alcool ou de drogues et (ou) problèmes de jeu
 Autres, précisez : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la dernière consultation : | A, A, A, A | M, M | J, J | Prochaine consultation : | A, A, A, A | M, M | J, J |

3.2 Fréquence du suivi : _____

3.3 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre ? Non Oui Nom du médecin : _____

3.4 Collaboration du patient à son traitement : excellente moyenne médiocre

3.5 Si vous prévoyez que cette absence du travail ou à ses occupations habituelles se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic : _____

3.6 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Non Oui

3.7 Considérez-vous que son état s'est amélioré de façon optimale ? Non Oui

3.8 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours : _____ Nb de semaines : _____ Indéterminée ou date de retour au travail : | A, A, A, A | M, M | J, J |

3.9 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ou à ses occupations habituelles ? Nb de jours : _____ Nb de semaines : _____
 à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____

5.2 N° de permis d'exercer : _____ Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____

X _____ | A, A, A, A | M, M | J, J |
 Signature Date