

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? <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 | | _____

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 | | _____

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

