

1 Nom : _____ **2** Prénom : _____
3 N° de contrat : _____ **4** Numéro de certificat : _____
N° de groupe ou de police
5 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/cm Tension artérielle la plus récente : _____
 1.4 Degré de gravité des symptômes (L = Léger, M = Moyen, I = Intense)

	L M I		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"/>

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 _____ Au _____ Nom de l'hôpital : _____
 2.5 Consultation d'un spécialiste : Non Oui ➔ **Annexez la copie**

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la dernière consultation : _____ 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 : _____ Spécialité : _____
A A A A M M J J
 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 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
A A A A M M J J
 3.11 Durée approximative de l'incapacité : N^{bre} de jours : _____ N^{bre} de semaines : _____ Indéterminée ou date de retour au travail : _____
 3.12 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N^{bre} de jours : _____ N^{bre} de semaines : _____
 À temps partiel À temps plein Retour progressif Précisez : _____

4. Renseignements supplémentaires

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : (_____) _____
 5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : (_____) _____
 Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
 Signature : _____ Date : _____
A A A A M M J J

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE.



N.B. Pour les maladies à caractère physique, remplir le formulaire au verso.

Section à remplir par la personne assurée.

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : _____ N° de groupe ou de police _____ 4 Numéro de certificat : _____
 5 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 précisez 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 **Votre patient consulte-t-il un :** Depuis quand? **Votre patient est-il suivi :** Précisez :

Consulte-t-il un :	Non	Oui	Depuis quand?	Est-il suivi :	Non	Oui	Précisez :
psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	dans un centre de traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	dans un CLSC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
travailleur social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	dans un hôpital de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
autre intervenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	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 ou 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) :

<input type="checkbox"/> Problèmes personnels ou interpersonnels	<input type="checkbox"/> Perte d'emploi ou mise à pied	<input type="checkbox"/> Problèmes professionnels
<input type="checkbox"/> Problèmes conjugaux ou familiaux	<input type="checkbox"/> Consommation abusive d'alcool ou de drogues ou problèmes de jeu	
<input type="checkbox"/> Autres Précisez : _____		

AXE V) Évaluation globale de fonctionnement (selon l'échelle EGF du DSM IV (0 à 100) 100 = condition parfaite)
 – au début du traitement : _____ – actuellement : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la dernière consultation : _____ Prochaine consultation : _____
 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 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 : N^{bre} de jours : _____ N^{bre} de semaines : _____ Indéterminée ou date de retour au travail : _____
 3.9 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N^{bre} de jours : _____ N^{bre} de semaines : _____
 À temps partiel À temps plein Retour progressif Précisez : _____

4. Renseignements supplémentaires

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : (____) _____
 5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : (____) _____
 Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
 Signature : _____ Date : _____