

**Section à remplir par la personne assurée**

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

|   |  |
|---|--|
| <p>1 Nom : _____</p> <p>3 N° de contrat : _____</p> | <p>2 Prénom : _____</p> <p>4 Numéro d'assurance sociale : _____</p> <p>5 Date de naissance : _____</p> |
|---|--|

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

**1. Diagnostic**

1.1 Principal : \_\_\_\_\_

1.2 Secondaire : \_\_\_\_\_

1.3 Complications : \_\_\_\_\_

1.4 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état le ou les diagnostics :

a) reçu des traitements médicaux  b) consulté un autre médecin  c) pris des médicaments  d) été hospitalisé  e) subi des examens

Précisez les périodes : \_\_\_\_\_

1.5 L'incapacité est-elle reliée à : un accident  une maladie  un accident de travail  un accident d'automobile

Date de l'événement : \_\_\_\_\_

une grossesse Non  Oui

un retrait préventif Non  Oui  Date prévue de l'accouchement : \_\_\_\_\_

1.6 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 \_\_\_\_\_

**2. Traitement**

2.1 Médicaments - nom - posologie : \_\_\_\_\_

2.2 Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :

a) des examens ou tests Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_

b) une opération Non  Oui  d'un jour  Type \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Intervention chirurgicale : \_\_\_\_\_

c) d'autres traitements : Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_

d) une hospitalisation : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

e) un court séjour en observation (nombre d'heures) : \_\_\_\_\_

**3. Suivi et pronostic**

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : \_\_\_\_\_ Prochaine consultation : \_\_\_\_\_

3.2 Autres dates de consultations : \_\_\_\_\_ Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_

3.3 Orientation vers un autre médecin : Non  Oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

3.4 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail \_\_\_\_\_

3.5 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? 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 : \_\_\_\_\_

5.2 N° de permis d'exercer : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## Section à remplir par la personne assurée

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

1 Nom : \_\_\_\_\_ 2 Prénom : \_\_\_\_\_  
3 N° de contrat : \_\_\_\_\_ 4 Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour  
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 Symptômes actuels : \_\_\_\_\_  
1.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Léger  Moyen  Intense  avec éléments psychotiques   
1.5 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.  
Au début de l'invalidité Année Mois Jour Actuellement  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
1.6 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :  
 à la vie conjugale/familiale  à la perte d'un emploi ou à une mise à pied  problèmes professionnels  
 à des problèmes personnels ou interpersonnels  à la consommation abusive d'alcool ou de drogues et (ou) problèmes de jeu  
 autres, précisez : \_\_\_\_\_  
1.7 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état les diagnostics :  
a) reçu des traitements médicaux  c) pris des médicaments  e) subi des examens   
b) consulté un autre médecin  d) été hospitalisé   
Précisez la date des épisodes antérieurs : \_\_\_\_\_

### 2. Traitement

2.1 Médicaments - nom - posologie : \_\_\_\_\_  
2.2 Le patient consulte-t-il : un psychiatre? Non  Oui  un travailleur social? Non  Oui   
un psychologue? Non  Oui  un autre intervenant de la santé? Non  Oui   
Si oui, nom de l'intervenant consulté : \_\_\_\_\_  
2.3 Hospitalisation : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

### 3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : Année Mois Jour Prochaine consultation : Année Mois Jour  
3.2 Autres dates de consultations : \_\_\_\_\_ Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_  
3.3 Orientation vers un autre médecin : Non  Oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
Spécialité : \_\_\_\_\_  
3.4 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail Année Mois Jour  
3.5 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? 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 : \_\_\_\_\_  
5.2 N° de permis d'exercer : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_ Date : Année Mois Jour