

VEUILLEZ INDIQUER TOUTES LES DATES EN FORMAT JOUR / MOIS / ANNÉE

Antécédents

a) Quand les premiers symptômes sont-ils apparus, ou quand l'accident a-t-il eu lieu :	
b) Date d'arrêt de travail à cause d'une invalidité :	
c) Le patient a-t-il déjà souffert du même état ou d'un état similaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	
Si oui, précisez quand et décrivez:	
d) Cet état découle-t-il d'une blessure ou d'une maladie causée par le travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
e) Noms de tous les autres médecins traitants:	adresse :
Noms de tous les autres médecins traitants:	adresse :

Diagnostic, nature du sinistre

a) Primaire (en cas de fracture ou luxation, précisez si elle est complète ou incomplète) :
b) Secondaire (s'il y a lieu) :
c) Est-ce qu'une maladie ou une blessure antérieure a contribué au sinistre ? Donnez des détails :
d) Le sinistre est-il permanent et irréparable ? Donnez des détails :

Traitement

a) Date de la première visite :	
b) Date de la dernière visite :	
c) Fréquence : <input type="checkbox"/> hebdomadaire <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> autre (précisez) :	
d) Date d'hospitalisation : Du :	Au :
Nom de l'hôpital :	
e) Nature du traitement (incluant médicaments, thérapie et chirurgie s'il y a lieu) :	

Invalidité physique

Degré de limitation des capacités fonctionnelles :
<input type="checkbox"/> Classe 1 – Pas de limitation : Apte au travail pénible. Pas de limitation (0 – 10 %)
<input type="checkbox"/> Classe 2 – Limitation légère : Apte à une légère activité manuelle (15 – 30 %)
<input type="checkbox"/> Classe 3 – Limitation modérée : Apte à une activité de bureau/administrative (sédentaire) (35 – 55 %)
<input type="checkbox"/> Classe 4 – Limitation marquée : (60 – 70 %)
<input type="checkbox"/> Classe 5 – Limitation sévère : Inapte à une activité minimum (sédentaire) (75 – 100 %)
Observations :

Examen visuel (*s'il y a lieu*)

(Pour perte de la vue causée par l'accident seulement)			
Quelle était la vision lors de la dernière consultation :	Avec lunettes :	O.D. :	O.S. :
	Sans lunettes :	O.D. :	O.S. :
La vue peut-elle être réparée en totalité ou partiellement par :	O.D. :	<input type="checkbox"/> Lentilles	<input type="checkbox"/> Traitement
		<input type="checkbox"/> Opération	<input type="checkbox"/> Non réparable
	O.S. :	<input type="checkbox"/> Lentilles	<input type="checkbox"/> Traitement
		<input type="checkbox"/> Opération	<input type="checkbox"/> Non réparable

Observations

Nom du médecin traitant :	Diplôme :		
N° de téléphone : ())	N° de télécopieur : ())		
Adresse :			
Ville :	Province :	Code postal :	

Signature du médecin _____ Date _____

**LE DEMANDEUR EST RESPONSABLE DE FAIRE REMPLIR CE FORMULAIRE ET
DE PAYER TOUS LES FRAIS ENGAGÉS POUR LE REMPLIR**