



Section à remplir par la personne assurée

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : _____ 4 Numéro de certificat : _____
 5 Date de naissance : _____
A A A A M M J J

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 du travail un accident d'automobile
 Date de l'événement : _____
A A A A M M J J
 une grossesse Non Oui Date prévue de l'accouchement : _____
A A A A M M J J
 un retrait préventif Non Oui
 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 _____
A A A A M M J J

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 _____
 Intervention chirurgicale : _____ Date : _____
A A A A M M J J
 c) d'autres traitements Non Oui Précisez : _____
 d) une hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
 e) un court séjour en observation Non Oui N^{bre} d'heures : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : _____ Prochaine consultation : _____
A A A A M M J J A A A A M M J J
 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 : N^{bre} de jours _____ N^{bre} de semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail _____
A A A A M M J J
 3.5 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.



1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : _____ 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 Symptômes actuels : _____
 1.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Léger Moyen Intense Avec éléments psychotiques
 1.5 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :
 à la vie conjugale ou familiale à la perte d'un emploi ou à une mise à pied à des problèmes professionnels
 à des problèmes personnels ou interpersonnels à la consommation abusive d'alcool ou de drogues ou à des problèmes de jeu
 autres Précisez : _____
 1.6 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 b) consulté un autre médecin c) pris des médicaments d) été hospitalisé e) subi des examens
 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 : _____ Prochaine consultation : _____
 3.2 Autres dates de consultations : _____
 3.3 Fréquence du suivi : _____
 3.4 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre? Non Oui Nom du médecin : _____
 3.5 Durée approximative de l'incapacité : N^{bre} de jours _____ N^{bre} de semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail _____
 3.6 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 : _____

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