

① Nom : \_\_\_\_\_ ② Prénom : \_\_\_\_\_

③ N° de contrat : \_\_\_\_\_ N° de groupe ou de police \_\_\_\_\_ N° de certificat \_\_\_\_\_

④ 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 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 : 

A	A	A	A	M	M	J	J

 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 : 

A	A	A	A	M	M	J	J

 Spécialité : \_\_\_\_\_

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

3.11 Durée approximative de l'incapacité : N<sup>bre</sup> de jours \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de semaines \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail 

A	A	A	A	M	M	J	J

3.12 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N<sup>bre</sup> de jours \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> 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 : Indicatif régional + numéro \_\_\_\_\_

5.2 N° de permis d'exercer : \_\_\_\_\_ Télécopieur : Indicatif régional + numéro \_\_\_\_\_

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

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

A	A	A	A	M	M	J	J

① Nom : \_\_\_\_\_ ② Prénom : \_\_\_\_\_

③ N° de contrat : \_\_\_\_\_ ④ Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° de groupe ou de police                      N° de certificat

**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 :**

psychiatre	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un centre de traitement	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
psychologue	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un CLSC	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
travailleur social	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un hôpital de jour	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
autre intervenant	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	en thérapie de groupe	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
				en thérapie individuelle	Non <input type="checkbox"/>	Oui <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) :

problèmes personnels ou interpersonnels     perte d'emploi ou mise à pied     problèmes professionnels

problèmes conjugaux ou familiaux     consommation abusive d'alcool ou de drogues ou problèmes de jeu

autres Précisez : \_\_\_\_\_

AXE V) Échelle générale 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<sup>bre</sup> de jours \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de semaines \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail \_\_\_\_\_

3.9 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N<sup>bre</sup> de jours \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> 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 : \_\_\_\_\_