

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^{bre} de jours _____ N^{bre} 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^{bre} de jours _____ N^{bre} 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 : _____ 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 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 :**

	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Depuis quand? _____	Votre patient est-il suivi :	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Précisez : _____
psychiatre			_____	dans un centre de traitement			_____
psychologue			_____	dans un CLSC			_____
travailleur social			_____	dans un hôpital de jour			_____
autre intervenant			_____	en thérapie de groupe			_____
				en thérapie individuelle			_____

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 :

A	A	A	A	M	M	J	J

 Prochaine consultation :

A	A	A	A	M	M	J	J

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

A	A	A	A	M	M	J	J

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. 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