

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 groupe / N° d'identification : _____</p>	<p>2 Prénom : _____</p> <p>4 NAS (facultatif) : _____</p> <p>5 Date de naissance : _____</p>
--	--

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

POUR TOUTES LES INVALIDITÉS DE PLUS DE 90 JOURS, veuillez nous acheminer une copie complète du dossier médical de votre patient depuis le début de son arrêt de travail, incluant les résultats d'examen et rapports en spécialité mais excluant les tests génétiques.

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 groupe / N° d'identification : _____ 4 NAS (facultatif) : _____

5 Date de naissance : _____

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

POUR TOUTES LES INVALIDITÉS DE PLUS DE 90 JOURS, veuillez nous acheminer une copie complète du dossier médical de votre patient depuis le début de son arrêt de travail, incluant les résultats d'examen et rapports en spécialité mais excluant les tests génétiques.

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 _____ 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 : _____ 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 : _____