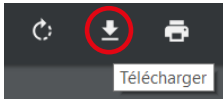


Étapes à suivre pour remplir le formulaire

1

Cliquez sur l'icône de téléchargement pour enregistrer le formulaire sur votre ordinateur.



2

Remplissez les champs du formulaire et enregistrez vos informations avant de nous soumettre une copie.

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
3 N° de contrat : N° de groupe ou de police | N° de certificat
4 Numéro d'assurance sociale : | | | | | | | | | | | | | | |
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 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

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 médical 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 : _____ Nb de jours _____ Nb de semaines Indéterminée
3.12 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 : | A | A | A | A | M | M | J | J |

