

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° RAMQ : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° de paie : \_\_\_\_\_

**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/les maladies et/ou les symptômes associés dont le ou les diagnostics font état :

reçu des traitements médicaux  consulté un autre médecin  pris des médicaments  été hospitalisé  subi des examens

Précisez les périodes \_\_\_\_\_

1.5 L'incapacité est-elle reliée à :

un accident  un accident du travail  un accident d'automobile  une maladie Date de l'événement : \_\_\_\_\_

une grossesse  un retrait préventif 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 :

**Au début de l'invalidité**

**Actuellement**

<b><u>Au début de l'invalidité</u></b>	<b><u>Actuellement</u></b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**2. Traitement**

2.1 Médicament, nom et posologie : \_\_\_\_\_

2.2 Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :

a) des examens ou tests ? Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_

b) une chirurgie ? Non  Oui  d'un jour  Type : \_\_\_\_\_

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

c) d'autres traitements ? Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_

d) une hospitalisation du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

e) un court séjour en observation ? \_\_\_\_\_ (en nombre d'heures)

**3. Suivi et pronostic**

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : \_\_\_\_\_ Prochaine consultation : \_\_\_\_\_

3.2 Autres dates de consultation : \_\_\_\_\_ Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_

3.3 Orientation vers un autre médecin : Non  Oui

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

3.4 Durée approximative de l'incapacité : \_\_\_\_\_ (en semaines)  Indéterminée

3.5 Le patient peut-il bénéficier d'un travail léger et/ou progressif ? Non  Oui  Date de début : \_\_\_\_\_

Modalités à respecter : \_\_\_\_\_

**4. Commentaires**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Identification du médecin**

5.1 Nom, prénom (N° de permis d'exercer) : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

5.2 Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_ Télécopieur : ( ) \_\_\_\_\_

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