

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 Symptômes actuels : _____

1.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Léger Moyen Intense Avec éléments psychotiques

1.5 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :

À la vie conjugale

À la perte d'un emploi ou à une mise à pied

À des problèmes professionnels

À des problèmes personnels ou interpersonnels

À la consommation abusive d'alcool, drogues ou à des problèmes de jeu

Autres, précisez : _____

1.6 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la/les maladies et/ou les symptômes associés dont font état les diagnostics :

a) reçu des traitements médicaux

b) consulté un autre médecin

c) pris des médicaments

d) été hospitalisé

e) subi des examens

Précisez la date des épisodes antérieurs : _____

2. Traitement

2.1 Médicament(s) – 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

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : _____ 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 Durée approximative de l'incapacité : _____ Indéterminée

3.5 Le patient peut-il bénéficier d'un travail léger et/ou progressif ? Non Oui

À compter de quelle date ? _____ Modalités à respecter : _____

4. Commentaires

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : () _____

5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : () _____

Omnipraticien

Spécialiste

Précisez : _____

Signature : _____ Date : _____