



Maladies à caractère physique
Demande initiale

PROCÉDURE : La section A doit être remplie par l'adhérent **AVANT** que le formulaire soit remis au médecin. Les sections B et C, « Déclaration du médecin traitant », ainsi que « Maintien en emploi et mesures d'accommodement », au verso, doivent être remplies par le médecin.

A - Identification

| | | | | | | | |
|-----------------------------|--|---------------|------------------|-----|-----|-----|-----|
| Nom et prénom de l'adhérent | Date de naissance A A A A M M J J | N° de contrat | N° de certificat | | | | |
| Titre de l'emploi | Précisez le nombre d'heures travaillées selon votre horaire habituel : | | | | | | |
| | Nbre d'heures par jour | Dim | Lun | Mar | Mer | Jeu | Ven |

B - 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 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 du travail Un accident d'automobile

Date de l'événement : A A A A M M J J

une grossesse Non Oui

un retrait préventif Non Oui Date prévue de l'accouchement : A A A A M M J J

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 : _____
 Intervention chirurgicale : _____ Date : A A A A M M J J
 c) d'autres traitements Non Oui Précisez : _____
 d) une hospitalisation : Du _____ Au _____ Nom de l'hôpital : _____
 e) un court séjour en observation Non Oui N° d'heures : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : A A A A M M J J Prochaine consultation : A A A A M M J J

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 : N° de jours : _____ N° de semaines : _____ Indéterminée ou date de retour au travail A A A A M M J J

3.5 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N° de jours : _____ N° de semaines : _____
 À temps partiel À temps plein Retour progressif Précisez : _____

4. Renseignements supplémentaires

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR L'ADHÉRENT.

