



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	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 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
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 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 Évolution : Progressive Stable Régressive

3.7 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. _____

3.8 Collaboration du patient à son traitement : Excellente Moyenne Médiocre

3.9 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Non Oui

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

3.10 Durée approximative de l'incapacité : N^{bre} de jours : _____ N^{bre} de semaines : _____ Indéterminée ou date de retour au travail :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

3.11 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N^{bre} de jours : _____ N^{bre} 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.

MAINTIEN EN EMPLOI ET MESURES D'ACCOMMODEMENT

À des fins thérapeutiques, pour favoriser le maintien en emploi, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, souhaite travailler en collaboration avec l'équipe traitante de l'adhérent et avec l'employeur, afin de diminuer la durée de l'arrêt de travail complet pour raison de santé, et ce, en respectant la condition médicale qui prévaut.

C - Renseignements complémentaires relatifs à l'invalidité - À remplir par le médecin traitant.

1. Le patient peut-il :

- | | |
|---|---|
| <p>a) travailler en position assise? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>b) travailler en position debout? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>c) faire des torsions ou flexions du tronc répétées ou fréquentes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>d) marcher? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>e) utiliser des escaliers? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>f) passer de la position assise à la position debout et vice-versa? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>g) travailler en position statique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>h) utiliser son membre supérieur droit? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
gauche? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | <p>i) se concentrer plus de _____ heures par jour? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>j) travailler avec les bras levés au-dessus de ses épaules? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>k) faire des mouvements de rotation/de flexion/d'extension du cou? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>l) gérer son temps ou ses priorités? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>m) calculer des sommes d'argent? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>n) être en contact direct avec la clientèle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>o) manipuler des charges? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
maximum de _____ <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb</p> <p>p) conduire une automobile dans le cadre de ses fonctions? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> |
|---|---|

Décrire toutes autres restrictions fonctionnelles actuelles en lien avec la cause de l'arrêt de travail :

2. Est-ce que le patient est en mesure de reprendre le travail si les restrictions fonctionnelles émises ci-dessus sont respectées ?

AAAA MM JJ

Oui • Date de retour au travail envisagée : _____

• Horaire habituel (par défaut); sinon préciser : _____

• S'agit-il de restrictions fonctionnelles : Temporaires Permanentes AAAA MM JJ

• Veuillez préciser la date de fin de la nécessité de ces restrictions fonctionnelles : _____

Non • Veuillez préciser les motifs objectifs qui font en sorte que, malgré le respect des restrictions fonctionnelles émises, le patient demeure dans l'incapacité totale d'effectuer un retour au travail :

D - Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : (_____) _____

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

Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____

Signature :

A A A A M M J J

Date : | | | | | | | |