



Maladies à caractère psychologique
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 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 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 ou familiale 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 ou de drogues ou à des problèmes de jeu

Autres Précisez : _____

1.6 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies 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 Médicaments – 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

Si oui, nom de l'intervenant consulté : _____

2.3 Hospitalisation : Du _____ Au _____ Nom de l'hôpital : _____

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 : _____

3.3 Fréquence du suivi : _____

3.4 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre? Non Oui Nom du médecin : _____

3.5 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

3.6 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.

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 ?

- Oui** • Date de retour au travail envisagée : _____
AAAA MM JJ
- 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 : _____ Date :

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