

Maladies à caractère psychologique
Rapport supplémentaire

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 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 (A remplir en lettres majuscules et à remettre au patient.)
1. Diagnostic

1.1 Principal : _____

1.2 Secondaire : _____

1.3 Veuillez décrire les signes et symptômes avec leur fréquence et précisez le degré de gravité de chacun d'eux (L = Léger, M = Moyen, I = Intense)

Signes	L	M	I	Symptômes	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"/>
_____	<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 Votre patient consulte-t-il un : Depuis quand? Votre patient est-il suivi : Précisez :

psychiatre	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un centre de traitement	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
psychologue	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un CLSC	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
travailleur social	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un hôpital de jour	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
autre intervenant	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	en thérapie de groupe	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
				en thérapie individuelle	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____

AXE II) Troubles de la personnalité associés : Non Oui Précisez : _____
 Problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme associés ou problèmes de jeu : Non Oui Précisez : _____

AXE III) Maladie associée : – diagnostic : _____
 – médicaments prescrits : _____

AXE IV) Stresseurs psychosociaux associés (dans les 12 derniers mois) :

Problèmes personnels ou interpersonnels Perte d'emploi ou mise à pied Problèmes professionnels
 Problèmes conjugaux ou familiaux Consommation abusive d'alcool ou de drogues ou problèmes de jeu
 Autres Précisez : _____

AXE V) Évaluation globale de fonctionnement (selon l'échelle EGF du DSM IV (0 à 100) 100 = condition parfaite)
 – au début du traitement : _____ – actuellement : _____

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 Fréquence du suivi : _____

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

3.4 Collaboration du patient à son traitement : Excellente Moyenne Médiocre

3.5 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.

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

3.7 Considérez-vous que son état s'est amélioré de façon optimale? Non Oui

3.8 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

3.9 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 - A 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