

Si la révision demandée fait suite à une demande en invalidité, veuillez remplir la section suivante. Sinon passer à la **section 4**.

3. Questions complémentaires

3.1 Avez-vous revu votre médecin traitant ou un autre médecin depuis la décision de la Régie ?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque médecin et l'endroit de la rencontre :

Nom du médecin	Endroit du suivi (hôpital, clinique, CLSC, etc.)

3.2 Vos médicaments ont-ils été changés (nouveau médicament, nouveau dosage) depuis la décision de la Régie ?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque nouveau médicament ainsi que le dosage prescrit pour chacun :

Nom du médicament	Dosage (Ex. : 10 mg, 2 fois par jour)

3.3 Avez-vous commencé de nouveaux traitements (physiothérapie, psychothérapie, chirurgie, clinique de la douleur, etc.) depuis la décision de la Régie ?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer chaque nouveau traitement, la date de début, la fréquence et l'endroit du suivi :

Traitement	Date de début	Fréquence (Nbre de fois par mois)	Endroit du suivi (hôpital, centre de réadaptation, clinique, CLSC, etc.)

3.4 Avez-vous subi des tests médicaux depuis la décision de la Régie ou prévoyez-vous en subir ?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque test, la date qu'il a été effectué ou qu'il est prévu et l'endroit :

Nom du test	Date (test effectué ou prévu)	Endroit

3. Questions complémentaires (suite)

3.5 Avez-vous été hospitalisé depuis la décision de la Régie ?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser la raison, la date et l'endroit de chaque hospitalisation :

Raison de l'hospitalisation	Date	Endroit

3.6 Depuis la décision de la Régie, avez-vous eu ou prévoyez-vous avoir une expertise à la demande de la CSST, de la SAAQ ou d'une compagnie d'assurance ?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de l'organisme ou de la compagnie et la date de chaque expertise effectuée ou prévue :

Nom de l'organisme ou de la compagnie	Date (expertise effectuée ou prévue)

4. Signature

Ce formulaire doit être signé par la personne qui conteste la décision prise à son sujet ou par son héritier, son mandataire dûment autorisé, son tuteur ou le curateur.

Signature _____ Date | | | | | | | | | |
année mois jour

Retournez à :
 Régie des rentes du Québec, Service de la révision, C. P. 5200, Québec (Québec) G1K 7S9