

# RAPPORT MÉDICAL

## Avis au requérant

Avant de remettre ce rapport au médecin, remplissez la section 1 « Identification du requérant » et inscrivez votre numéro d'assurance sociale en haut de chaque pages.

## Avis au médecin

Une rente d'invalidité est payable à la personne âgée de moins de 65 ans si elle a suffisamment cotisé au Régime de rentes du Québec et si elle est déclarée invalide par la Régie.

Article 95 de la *Loi sur le régime de rentes du Québec* :

- Une personne n'est considérée comme invalide que si la Régie la déclare atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée.
- Une invalidité n'est grave que si elle rend la personne régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice.
- En outre, dans le cas d'une personne âgée de 60 ans ou plus, une invalidité est grave si elle rend cette personne régulièrement incapable d'exercer l'occupation habituelle rémunérée qu'elle détient au moment où elle cesse de travailler en raison de son invalidité.
- Une invalidité n'est prolongée que si elle doit vraisemblablement entraîner le décès ou durer indéfiniment.

Les renseignements que vous fournirez dans ce rapport permettront au médecin évaluateur de la Régie de juger si le requérant répond aux exigences de la *Loi sur le régime de rentes du Québec*.

## Facturation

L'examen médical nécessaire pour remplir ce rapport médical est assuré en conformité avec l'article 22f du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*.

Les honoraires pour la rédaction de ce rapport sont à la charge du requérant.

## Besoin d'aide ?

Pour vous aider à rédiger le rapport médical, la Régie a publié un ouvrage intitulé *L'invalidité dans le Régime de rentes - Guide du médecin traitant*. Ce guide précise les éléments nécessaires au médecin évaluateur pour évaluer la demande de rente d'invalidité. Si vous ne l'avez pas reçu, téléphonez à la Régie au numéro (418) 657-8736 ou consultez-le sur notre site Internet ([www.rrq.gouv.qc.ca](http://www.rrq.gouv.qc.ca)).

**Si vous avez des questions, communiquez avec un médecin de la Régie au (418) 657-8709 ou au 1 888 249-5137, poste 3252.**

**NOTE :** Ce formulaire se trouve également sur notre site Internet et peut être rempli à l'écran.







--	--	--

### Diagnostic et pronostic

6

DIAGNOSTIC	PRONOSTIC

### Traitement

7

Votre patient prend-il des médicaments actuellement ?  Non  Oui. Indiquez la dose et la fréquence.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Suit-il ou a-t-il suivi d'autres traitements ?  Non  Oui. Précisez.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prévoyez-vous d'autres consultations, investigations ou traitements ?  Non  Oui. Précisez.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Capacité de travail

8

Votre patient est-il apte à conduire un véhicule automobile ?  Non  Oui

Lui avez-vous recommandé de cesser de travailler ?  Non  Oui. Pour quelle raison et quelle durée ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Peut-il ou pourra-t-il reprendre **éventuellement** son **travail habituel** ?  Oui  Non. Pourquoi ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sans tenir compte de son âge et de sa scolarité**, peut-il ou pourra-t-il faire un **autre travail** ?  Oui  Non. Pourquoi ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Le cas échéant, depuis quand son état physique ou mental l'empêche-t-il de travailler ?** \_\_\_\_\_

--	--	--

**Observations ou commentaires**

9

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Autres considérations**

10

Indiquez, s'il y a lieu, les renseignements médicaux qui ne peuvent être communiqués à votre patient au risque de lui causer un préjudice grave.

---

---

À quelle date pourrait-il y avoir accès ? \_\_\_\_\_

**Écrire en lettres détachées Déclaration du médecin**

11

Nom de famille	Prénom	Numéro de permis
Adresse (numéro, rue, appartement)		
Ville	Province ou territoire	Pays
		Code postal
Téléphone <small>Ind. rég.</small>	Télécopieur <small>Ind. rég.</small>	
<input type="checkbox"/> Omnipraticien <input type="checkbox"/> Spécialiste (précisez) _____		
Je déclare que les renseignements fournis dans ce rapport sont complets et exacts et que l'état du patient est tel que je l'ai constaté au moment de mon examen clinique.		
Signature du médecin	Date	
<b>X</b>	Année	Mois      Jour