

**Identité du professionnel assuré**

*N. B. Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire au verso.*

Nom de famille à la naissance	Prénom
-------------------------------	--------

Numéro de permis	Numéro d'assurance maladie	Date de naissance Année Mois Jour
------------------	----------------------------	--------------------------------------

**1. Diagnostic**

**Déclaration du médecin traitant (à remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)**

Principal : \_\_\_\_\_

Secondaire : \_\_\_\_\_

Complications : \_\_\_\_\_

Indiquez les éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation (résultats anormaux des examens diagnostiques) :

\_\_\_\_\_

Décrivez les limitations ou restrictions fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles :

\_\_\_\_\_

**2. Traitement**

Médicaments (nom - posologie) : \_\_\_\_\_

Le patient a subi ou subira :

des examens ou des tests	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisez :
une opération	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> chirurgie d'un jour
		Nature de la chirurgie
		Date de la chirurgie
		Année Mois Jour

d'autres traitements	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisez :
une hospitalisation	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	du
		Année Mois Jour
		au
		Année Mois Jour
		Nom de l'hôpital

**3. Suivi et pronostic**

Date de la dernière consultation	Année Mois Jour	Date de la prochaine consultation	Année Mois Jour	Fréquence du suivi
----------------------------------	-----------------	-----------------------------------	-----------------	--------------------

Orientation vers un autre médecin	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Nom du médecin	Spécialité	Date de la consultation	Année Mois Jour
-----------------------------------	---	----------------	------------	-------------------------	-----------------

Évolution :  amélioration  état stationnaire  aggravation

Si vous prévoyez que l'absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser pourquoi :

\_\_\_\_\_

Collaboration du patient à son traitement :  excellente  moyenne  médiocre

Votre patient bénéficierait-il d'une assistance dans le cas d'un retour au travail?  Non  Oui ► Précisez :

Durée approximative de l'incapacité N<sup>bre</sup> jours : \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> semaines : \_\_\_\_\_ Indéterminée

Date de recouvrement de l'aptitude au travail (réelle ou prévue)	Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> À temps plein	Précisez :
		<input type="checkbox"/> Retour progressif	

**4. Identité du médecin traitant**

Omnipraticien  Spécialiste Précisez :

Nom	Prénom	Numéro de permis
-----	--------	------------------

Adresse (numéro, rue, ville)	Code postal
------------------------------	-------------

SIGNATURE	TELEPHONE IND. RÉGIONAL ( )	DATE Année Mois Jour
-----------	-----------------------------	----------------------

# Rapport d'évolution - Invalidité

## Maladies à caractère psychologique

À L'USAGE DE LA RÉGIE

### Identité du professionnel assuré

N. B. Pour les maladies à caractère physique, remplir le formulaire au recto.

Nom de famille à la naissance

Prénom

Numéro de permis

Numéro d'assurance maladie

Date de naissance  
Année Mois Jour

### 1. Diagnostic

#### Déclaration du médecin traitant (à remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

Selon l'évaluation multiaxiale (incluant l'axe V) :

Degré de gravité de l'ensemble des signes et symptômes :  léger  moyen  intense

Décrivez les limitations ou restrictions fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles :

### 2. Traitement

Médicaments (nom - posologie) :

Le patient est suivi par :

Nom

Le patient est suivi :

Nom de l'établissement

un psychiatre

Non

Oui

dans un centre de traitement

Non

Oui

un psychologue

Non

Oui

dans un CLSC

Non

Oui

un travailleur social

Non

Oui

dans un hôpital de jour

Non

Oui

un autre intervenant

Non

Oui

en thérapie de groupe

Non

Oui

en thérapie individuelle

Non

Oui

Hospitalisation :

Non

Oui

du

Année

Mois

Jour

Année

Mois

Jour

Nom de l'hôpital

au

### 3. Suivi et pronostic

Date de la dernière consultation

Année

Mois

Jour

Date de la prochaine consultation

Année

Mois

Jour

Fréquence du suivi

Orientation vers un autre médecin

Non

Oui

Nom du médecin

Spécialité

Date de la consultation

Année

Mois

Jour

Évolution :  amélioration  état stationnaire  aggravation

Si vous prévoyez que l'absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser pourquoi :

Collaboration du patient à son traitement :  excellente  moyenne  médiocre

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

Durée approximative de l'incapacité

N<sup>bre</sup> jours :

N<sup>bre</sup> semaines :

Indéterminée

Date de recouvrement de l'aptitude au travail (réelle ou prévue)

Année

Mois

Jour

À temps plein

Retour progressif

Précisez :

### 4. Identité du médecin traitant

Omnipraticien  Spécialiste

Précisez :

Nom

Prénom

Numéro de permis

Adresse (numéro, rue, ville)

Code postal

SIGNATURE

TÉLÉPHONE IND. RÉGIONAL  
( )

DATE

Année

Mois

Jour