

RAPPORT MÉDICAL D'INVALIDITÉ Assurance salaire

Partie A : Renseignements sur la personne salariée

Nom de la personne salariée	N° de téléphone à la résidence ()
Titre d'emploi	Statut d'emploi <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Autre

Partie B : Attestation et autorisation de la personne salariée (à remplir par la personne salariée)

Avez-vous déposé ou vous proposez-vous de déposer une réclamation relativement à la présente invalidité en vertu d'une des lois administrées par l'un des organismes suivants ? (si oui, cochez la case appropriée.)

IVAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec
 CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail RRQ : Régie des rentes du Québec

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise les médecins et les représentants autorisés des hôpitaux et de tout autre organisme en cause à fournir à mon employeur tous les renseignements pertinents se rapportant à mon état de santé ou au dossier médical relatifs à l'invalidité décrite dans le présent rapport. Sur demande, je m'engage à présenter à l'employeur les pièces justificatives attestant les soins reçus de tout autre professionnel de la santé pour cette invalidité.

Signature	Date _____/_____/_____ A M J
-----------	--

Renseignements généraux au médecin traitant et à la personne salariée réclamant des prestations d'assurance salaire

Régime d'assurance salaire

La charge financière du régime d'assurance salaire dans les réseaux de l'éducation est entièrement supportée par les employeurs pour les 104 premières semaines d'invalidité. En effet, il s'agit d'un régime d'auto-assurance auquel la personne salariée ne contribue pas financièrement.

L'employeur étant responsable du versement des prestations d'assurance salaire, il a le devoir de s'assurer que les prestations versées le sont à juste titre et en fonction des règles conformes aux conventions collectives en vigueur dans les réseaux de l'éducation.

L'employeur peut, lorsqu'il le juge approprié, demander des renseignements complémentaires afin de lui permettre d'évaluer l'admissibilité de la réclamation et de toute prolongation de la période d'absence. Il peut également demander à la personne salariée de se soumettre à une évaluation médicale avec le médecin qu'il désigne. Les frais pouvant être encourus pour la production de rapports médicaux, tels que les honoraires professionnels ou les renseignements complémentaires sont à la charge de la personne salariée, sauf si cela est autrement stipulé aux conventions collectives ou dans d'autres dispositions régissant les conditions de travail. L'employeur traite les certificats et renseignements médicaux de façon confidentielle.

Définition d'« invalidité »

Afin d'être admissible aux prestations d'assurance salaire lors d'une période d'invalidité, la personne salariée doit démontrer que sa condition médicale correspond aux trois critères suivants :

1. l'état d'incapacité **doit résulter d'une maladie, d'un accident, d'une complication d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale liée à la planification familiale;**
ET
2. l'état d'incapacité **doit nécessiter des soins médicaux;**
ET
3. l'état d'incapacité **doit rendre la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue** offert par l'employeur et comportant une rémunération similaire.

Retour progressif au travail

Pendant la période d'invalidité, une personne salariée peut, après entente avec l'employeur, bénéficier d'une période de retour progressif pendant laquelle elle doit être en mesure d'effectuer l'ensemble de ses tâches selon la proportion de temps convenue.

Note : Le présent document ayant seulement un caractère informatif, il ne se substitue ni n'ajoute en aucun cas aux définitions contenues dans les conventions collectives en vigueur dans les réseaux de l'éducation.

Nom de la personne salariée

Partie C : Rapport médical (à remplir lisiblement par le médecin traitant)

1. DIAGNOSTIC

Principal : _____
S'il s'agit d'un trouble de santé mentale, remplissez les axes selon le DSM IV
Axe I _____
Axe II _____
Axe III _____
Axe IV _____
Axe V _____
Secondaire, s'il y a lieu : _____
Évaluation de la maladie : [] Grave [] Modérée [] Légère

Cas de grossesse D.P.A. : ___/___/___ S'agit-il d'une complication grave? [] oui [] non G.A.R.E. [] oui [] non

2. SUIVI MÉDICAL ET TRAITEMENT

Date de la première consultation pour cette invalidité : ___/___/___
Fréquence des visites : [] hebdomadaires [] bimensuelles [] mensuelles [] autres
Date du prochain rendez-vous : ___/___/___

Orientation vers un autre médecin : [] oui [] non Si oui, nom du médecin, spécialité : _____

[] Médicaments - nom - posologie : _____
[] Physiothérapie/ergothérapie : Date du début : ___/___/___ Fréquence : _____
[] Psychothérapie : Date du début : ___/___/___ Fréquence : _____

Cette personne a-t-elle subi ou subira-t-elle :
[] Examens ou tests Précisez : _____ Résultats : _____
[] Chirurgie* [] d'un jour Précisez : _____ Date : ___/___/___
* La personne salariée peut-elle travailler en attendant la chirurgie? [] oui [] non
[] Hospitalisation du ___/___/___ au ___/___/___ Nom de l'établissement : _____
[] Autres (précisez) : _____

3. PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL ET PRONOSTIC

Date du début de l'invalidité : ___/___/___ Date prévue de retour au travail : ___/___/___ Si indéterminée, indiquez la date approximative de la fin de l'absence : ___/___/___
Pourrait-elle reprendre son emploi en retour progressif? [] oui [] non Si oui, date du début : ___/___/___
Si oui, nombre de jrs/sem. et de semaines : _____ jrs/sem. pour _____ semaines _____ jrs/sem. pour _____ semaines _____ jrs/sem. pour _____ semaines

4. INVALIDITÉ (définition au recto)

Indiquez les raisons médicales qui rendent la personne totalement incapable d'occuper son emploi inscrit à la partie A. Précisez les limitations fonctionnelles :

5. INCAPACITÉ TOTALE ET PERMANENTE (s'il y a lieu)

Selon vous, s'agit-il d'une incapacité totale et permanente pour occuper son emploi? [] oui [] non
Si oui, pourrait-elle occuper un autre emploi? [] oui [] non Avez-vous complété des documents pour la RRRQ? [] oui [] non

6. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Seuls les médecins légalement autorisés sont habilités à signer ce formulaire (estampilles non acceptées). À noter que l'employeur n'est pas lié par les recommandations du médecin signataire. Tout rapport incomplet, ou dont le contenu ne permet pas de justifier les recommandations faites, pourra être refusé sans autre formalité.
Nom du médecin et prénom (caractères d'imprimerie) N° de permis d'exercer N° de téléphone () N° de télécopieur ()
Adresse Province Code postal
Spécialité (s'il y a lieu) Signature du médecin Date ___/___/___