



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 \_\_\_\_\_
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 : \_\_\_\_\_ (FSC, HB, ECG, EMG, TACO, RMI, etc.)

[ ] 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 RRQ? [ ] 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_