

Section à remplir par l'employé (N'oubliez pas de signer l'autorisation au bas de la page)

Nom : _____ Prénom : _____ Matricule : _____

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

1. Diagnostic Premier jour d'absence du travail : _____

1.1 Principal : _____

1.2 Secondaire : _____

1.3 Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation (joindre copie des résultats récents, radiographies, ECG ou autres tests et examens) :

Poids : _____ lb kg Taille : _____ pi/po m/cm

Tension artérielle la plus récente : _____

1.4 Degré de gravité des symptômes (L = Léger, M = Moyen, I = Intense)

	L	M	I		L	M	I
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Traitement

2.1 Médicaments – nom – posologie : _____

2.2 Traitements additionnels (précisez le type et la fréquence) : _____

2.3 Chirurgie (date, nature et intervention) : _____

2.4 Hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____

2.5 Consultation d'un spécialiste : Non Oui **Annexez la copie**

3. Suivi médical et pronostic

3.1 Date de la dernière consultation | A | A | A | A | M | M | J | J | Prochaine consultation | A | A | A | A | M | M | J | J |

3.2 Tests et examens à venir, précisez : _____

3.3 Fréquence du suivi : _____

3.4 Orientation vers un spécialiste : Non Oui Nom du médecin : _____

3.5 Date prévue de consultation d'un spécialiste : | A | A | A | A | M | M | J | J | Spécialité : _____

3.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles

Au début de l'invalidité	Actuellement
_____	_____

3.7 Évolution : Progressive Stable Régressive

3.8 Si vous prévoyez que cette absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.

3.9 Collaboration du patient à son traitement : Excellente Moyenne Médiocre

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

3.11 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours _____ Nb de semaines _____ Indéterminée
ou date de retour au travail | A | A | A | A | M | M | J | J |

3.12 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? Nb de jours _____ Nb de semaines _____

Temps partiel Temps plein Retour progressif Précisez : _____

4. Remarques

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : _____
No de permis d'exercer : _____ Télécopieur : _____
Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
Signature : _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |

Autorisation de l'employé ou du curateur

J'autorise la divulgation à la section médicale, à l'administration ou à l'assureur de mon employeur de tous les renseignements relatifs à la présente demande de prestations

Date : _____ Signature de l'employé ou du curateur _____

Note : Les frais pour remplir cette demande sont assumés par l'employé

Retournez ce formulaire dès que possible au secteur Santé et Mieux-être au travail de la Direction des ressources humaines
7077, avenue du Parc, 5^e étage, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) Canada H3C 3J7
Télécopieur : 514 343-6527 – Courriel : secteur-sante@drh.umontreal.ca