

Tous les honoraires exigés pour remplir la déclaration sont à la charge du patient.

Renseignements sur la personne assurée et consentement

À REMPLIR PAR LE PATIENT

Homme Femme Nom de la personne assurée : _____
Nom de famille Prénom

Date de naissance : | A | A | A | A | M | M | J | J | Taille : _____ Poids : _____ Téléphone au domicile (avec indicatif régional) : _____ Cellulaire (avec indicatif régional) : _____

Adresse : _____ Rue Ville Province Code postal

Nom de l'employeur : _____ Numéro du contrat : _____ Numéro du certificat de la personne assurée : _____

Dernier jour de travail : | A | A | A | A | M | M | J | J | Date réelle ou prévue du retour au travail : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Déclaration du médecin traitant

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

• Si votre patient est de retour au travail ou s'il est prévu qu'il le soit dans les 4 semaines suivant la date de son dernier jour de travail, veuillez remplir les sections 1 à 4 uniquement et apposer votre signature à la fin du formulaire.
 • Pour les absences risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir les pages 1 et 2 au complet.

1) Diagnostic

Diagnostic principal : _____

Diagnostic secondaire ou complications : _____

Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :

- à la vie conjugale/familiale à des problèmes personnels ou interpersonnels
 à des problèmes professionnels à la consommation abusive d'alcool ou de drogues ou à des problèmes de jeu

S'il s'agit d'une grossesse – Date prévue ou réelle de l'accouchement | A | A | A | A | M | M | J | J | Voie vaginale Césarienne

Maladie professionnelle ou accident du travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, précisez la date : A A A A M M J J	Accident de la route? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, précisez la date : A A A A M M J J
Date de votre première consultation avec le patient relativement à cette condition A A A A M M J J	Date du premier jour d'absence du travail en raison de la condition A A A A M M J J

2) Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? **ou** a-t-il subi une intervention de chirurgie ambulatoire?

| A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | _____
 Date d'admission Date de sortie Nom de l'établissement

Si le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description :

| A | A | A | A | M | M | J | J | _____
 Date Description

3) Traitement (médicament, posologie, physiothérapie, autre) :
