

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

- 1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Veuillez décrire les signes et symptômes avec leur fréquence et précisez le degré de gravité de chacun d'eux (L = Léger, M = Moyen, I = Intense)

Signes	L	M	I	Symptômes	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"/>
_____	<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 Votre patient consulte-t-il un : _____ Depuis quand _____ Votre patient est-il suivi : _____ Précisez : _____
- | | | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|-------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------|
| Psychiatre | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | _____ | dans un centre de traitement | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | _____ |
| Psychologue | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | _____ | dans un CLSC | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | _____ |
| Travailleur social | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | _____ | dans un hôpital de jour | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | _____ |
| Autre intervenant | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | _____ | en thérapie de groupe | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | _____ |
| | | | | en thérapie individuelle | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | _____ |
- AXE II Troubles de la personnalité associés : Non Oui Précisez : _____
 Problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme associée ou problèmes de jeu? Non Oui Précisez : _____
- AXE III Maladie associée : - Diagnostic : _____
 - Médicaments prescrits : _____
- AXE IV Stresseurs psychosociaux associés (dans les 12 derniers mois) :
 Problèmes personnels ou interpersonnels Perte d'emploi ou mise à pied Problèmes professionnels
 Problèmes conjugaux ou familiaux Consommation abusive d'alcool ou de drogues et (ou) problèmes de jeu
 Autres, précisez : _____
- AXE V Échelle générale de fonctionnement (selon l'échelle EGF du DSM IV (0 à 100) 100 = condition parfaite)
 - au début de traitement : _____ - actuellement : _____

3. Suivi 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 Fréquence du suivi : _____
- 3.3 Le patient sera-t-il dirigé vers un psychiatre : Non Oui Nom du médecin : _____
- 3.4 Collaboration du patient à son traitement : Excellente Moyenne Médiocre
- 3.5 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.

- 3.6 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Non Oui
- 3.7 Considérez-vous que son état s'est amélioré de façon optimale? Non Oui
- 3.8 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 |
- 3.9 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 médical de la Direction des ressources humaines
 7077, avenue du Parc, 5^e étage, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) Canada H3C 3J7