

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
3 N° de contrat : _____ 4 Numéro d'assurance sociale : _____
5 Date de naissance : _____

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

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____
1.2 Secondaire : _____
1.3 Symptômes actuels : _____
1.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Léger Moyen Intense avec éléments psychotiques
1.5 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :
 à la vie conjugale/familiale à la perte d'un emploi ou à une mise à pied problèmes professionnels
 à des problèmes personnels ou interpersonnels à la consommation abusive d'alcool ou de drogues et (ou) problèmes de jeu
 autres, précisez : _____
1.6 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état les diagnostics :
a) reçu des traitements médicaux c) pris des médicaments e) subi des examens
b) consulté un autre médecin d) été hospitalisé
Précisez la date des épisodes antérieurs : _____

2. Traitement

2.1 Médicaments - nom - posologie : _____
2.2 Le patient consulte-t-il : un psychiatre? Non Oui un travailleur social? Non Oui
un psychologue? Non Oui un autre intervenant de la santé? Non Oui
Si oui, nom de l'intervenant consulté : _____
2.3 Hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : _____ Prochaine consultation : _____
3.2 Autres dates de consultations : _____
3.3 Fréquence du suivi : _____
3.4 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre? Non Oui Nom du médecin : _____
3.5 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours _____ Nb de semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail _____
3.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? Nb de jours _____ Nb de semaines _____
à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : _____
5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : _____
Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
Signature : _____ Date : _____