

**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)

	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>I</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>I</b>
_____	<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<sup>e</sup> étage, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) Canada H3C 3J7  
Télécopieur : 514 343-6527 – Courriel : secteur-sante@drh.umontreal.ca