Pour soumettre en ligne :
desjardinsassurancevie.com/envoi
Remplissez et enregistrez au préalable votre formulaire. Conservez les originaux pour vos dossiers.

Par courrier :
PO Box 1203 STN A
Toronto ON M5W 1G6
Expédiez les originaux et conservez les copies pour vos dossiers.

Par télécopieur :
1 844 409-6571 (sans frais)
416 926-0697
Conservez les originaux pour vos dossiers.

Desjardins Assurances
Vie • Santé • Retraite

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

RACQ

RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE DU MÉDECIN TRAITANT POUR MALADIES À CARACTÈRE PHYSIQUE

N.B. Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire au verso.

1. Identification de l'employé - Section à remplir par l'employé.

Nom et prénom	N° de police ou groupe ou contrat	N° de certificat ou d'identification	Date de naissance
			AAAA MM JJ

2. Diagnostic - À remplir en lettres majuscules et à remettre à l'employé.

2.1 Principal : _____

2.2 Secondaire : _____

2.3 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 : _____

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

	L	M	I		L	M	I
_____	☐	☐	☐	_____	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐	_____	☐	☐	☐

3. Traitement

3.1 Médicaments – nom – posologie : _____

_____

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

3.3 Chirurgie (date, nature et intervention) : _____

3.4 Hospitalisation : Du AAAA MM JJ Au AAAA MM JJ Nom de l'hôpital : _____

3.5 Consultation d'un spécialiste : ☐ Non ☐ Oui - **Annexez la copie.**

4. Suivi et pronostic

4.1 Date de la dernière consultation : AAAA MM JJ Prochaine consultation : AAAA MM JJ

4.2 Tests et examens à venir, précisez : _____

4.3 Fréquence du suivi : _____

4.4 Orientation vers un spécialiste : ☐ Non ☐ Oui Nom du médecin : _____

4.5 Date prévue de consultation d'un spécialiste : AAAA MM JJ Spécialité : _____

4.6 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 : _____

4.7 Évolution : ☐ Progressive ☐ Stable ☐ Régressive

4.8 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 :

_____

_____

4.9 Collaboration du patient à son traitement : ☐ Excellente ☐ Moyenne ☐ Médiocre

4.10 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? ☐ Non ☐ Oui AAAA MM JJ

4.11 Durée approximative de l'incapacité : N^bre^ de jours : _____ N^bre^ de semaines : _____ ☐ Indéterminée ou date de retour au travail : _____

4.12 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N^bre^ de jours : _____ N^bre^ de semaines : _____

☐ À temps partiel ☐ À temps plein ☐ Retour progressif Précisez :

5. Renseignements supplémentaires - Veuillez utiliser une feuille additionnelle si nécessaire.

6. Identification du médecin

6.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

6.2 N° de permis d'exercer : _____ ☐ Omnipraticien ☐ Spécialiste Précisez : _____

Signature : **Date :**

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR L'EMPLOYÉ.

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

IMPRIMER RÉINITIALISER

Pour soumettre en ligne :
desjardinsassurancevie.com/envoi
Remplissez et enregistrez au préalable votre formulaire.
Conservez les originaux pour vos dossiers.

Par courrier :
PO Box 1203 STN A
Toronto ON M5W 1G6
Expédiez les originaux et conservez les copies pour vos dossiers.

Par télécopieur :
1 844 409-6571 (sans frais)
416 926-0697
Conservez les originaux pour vos dossiers.

Desjardins Assurances
Vie • Santé • Retraite

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

RACQ

RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE DU MÉDECIN TRAITANT POUR MALADIES À CARACTÈRE PSYCHOLOGIQUE

N.B. Pour les maladies à caractère physique, remplir le formulaire au verso.

1. Identification de l'employé - Section à remplir par l'employé.

Nom et prénom	N° de police ou groupe ou contrat	N° de certificat ou d'identification	Date de naissance
			AAAA MM JJ

2. Diagnostic - À remplir en lettres majuscules et à remettre à l'employé.

2.1 Principal : _____

2.2 Secondaire : _____

2.3 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
	☐	☐	☐		☐	☐	☐
	☐	☐	☐		☐	☐	☐
	☐	☐	☐		☐	☐	☐

3. Traitement

3.1 Médicaments – nom – posologie : _____

3.2

Votre patient consulte-t-il un :			Depuis quand?	**Votre patient est-il suivi :**			Précisez :
psychiatre	☐ Non	☐ Oui		dans un centre de traitement	Non ☐	Oui ☐	
psychologue	☐ Non	☐ Oui		dans un CLSC	Non ☐	Oui ☐	
travailleur social	☐ Non	☐ Oui		dans un hôpital de jour	Non ☐	Oui ☐	
autre intervenant	☐ Non	☐ Oui		en thérapie de groupe	Non ☐	Oui ☐	
				en thérapie individuelle	Non ☐	Oui ☐	

AXE II) Troubles de la personnalité associés : ☐ Non ☐ Oui Précisez : _____
Problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme associés 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 ou problèmes de jeu
☐ Autres Précisez :

AXE V) Évaluation globale de fonctionnement (selon l'échelle EGF du DSM IV (0 à 100) 100 = condition parfaite)
– au début du traitement : – actuellement :

4. Suivi et pronostic

4.1 Date de la dernière consultation : AAAA MM JJ Prochaine consultation : AAAA MM JJ

4.2 Fréquence du suivi : _____

4.3 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre? ☐ Non ☐ Oui Nom du médecin : _____

4.4 Collaboration du patient à son traitement : ☐ Excellente ☐ Moyenne ☐ Médiocre

4.5 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.

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

4.7 Considérez-vous que son état s'est amélioré de façon optimale? ☐ Non ☐ Oui

4.8 Durée approximative de l'incapacité : N^bre^ de jours : _____ N^bre^ de semaines : _____ ☐ Indéterminée ou date de retour au travail : AAAA MM JJ

4.9 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N^bre^ de jours : _____ N^bre^ de semaines : _____
☐ À temps partiel ☐ À temps plein ☐ Retour progressif Précisez :

5. Renseignements supplémentaires - Veuillez utiliser une feuille additionnelle si nécessaire.

6. Identification du médecin

6.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

6.2 N° de permis d'exercer : _____ ☐ Omnipraticien ☐ Spécialiste Précisez : _____

Signature : **Date :**

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR L'EMPLOYÉ.

IMPRIMER RÉINITIALISER

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.