



**Assomption Vie**  
Assurance collective

## **DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ**

(DEMANDE DE PROLONGATION)

## Demande de règlement invalidité (demande de prolongation) Directives

Si l'employé(e) ne reçoit pas actuellement des prestations d'invalidité de courte ou longue durée, veuillez utiliser les formulaires « Demande de règlement invalidité – Demande initiale ».

Si l'employé(e) reçoit présentement des prestations d'invalidité de courte durée et désire faire une demande pour le passage à l'invalidité de longue durée, veuillez utiliser ces formulaires « Demande de règlement invalidité – Demande de prolongation ».

### Employé(e)

1. Veuillez remplir la *Déclaration de l'employé(e)*, en prenant soin de répondre à chaque question pour éviter tout retard dans l'étude du dossier. N'oubliez pas de signer l' « Autorisation et attestation » à la section 3 du formulaire.
2. Veillez à ce que votre médecin traitant remplisse la déclaration médicale propre à votre état de santé (**physique et/ou psychologique**). Vous devez aussi remplir la section 1, dont les coordonnées et l'autorisation du participant, qui précède la déclaration du médecin.
3. Veuillez joindre une photocopie de tout relevé de prestations reçu d'un régime gouvernemental en vertu duquel vous recevez des prestations (Régie des rentes du Québec, Régime de pensions du Canada, CSST ou autre régime d'indemnisation des accidents du travail, régime d'assurance automobile ou régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels).
4. Veuillez joindre une copie de toute correspondance reçue d'un des régimes gouvernementaux énumérés au point 3 ci-dessus (lettre d'acceptation, preuve de paiement, etc.), ainsi qu'une copie du dossier, si possible.

#### À noter :

- a) Il vous incombe de payer les honoraires que demande votre médecin traitant pour remplir sa partie du présent formulaire.
- b) Veuillez retourner le document au complet, en incluant chaque page, à l'adresse suivante. **Veillez ne pas utiliser d'agrafes.**  
ASSOMPTION VIE, a/s Assurance collective  
C.P. 160 /770 rue Main  
Moncton NB E1C 8L1.  
Téléphone : 1-855-244-7011 Télécopieur : 1-855-401-9068
- c) Il vous est également possible de **numériser** les formulaires et de les **envoyer par courriel** à l'adresse suivante :  
vieinvalidite@assomption.ca

### Médecin traitant

1. Veuillez remplir la déclaration médicale propre à l'état de santé (**physique et/ou psychologique**) de votre patient(e), en ayant soin de répondre à chaque question pour éviter tout retard dans l'étude du dossier.
2. Veuillez joindre au formulaire toute autre documentation pertinente à l'évaluation de la demande (résultats d'examen, rapports de consultation de spécialistes, etc.).

**Demande de règlement invalidité (demande de prolongation) Déclaration de l'employé(e)**

Nature de la demande :  Invalidité de courte durée  Invalidité de longue durée  Exonération des primes

Pour assurer le traitement rapide de la demande, veuillez répondre à toutes les questions et obtenir toutes les signatures requises.

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Police \_\_\_\_\_ Division \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Langue :  Français  Anglais Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe :  F  M

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone – Résidence \_\_\_\_\_ Téléphone – Cellulaire \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

**Section 1 Situation actuelle**

1. Depuis la date de la demande initiale :

Êtes-vous confiné(e) à la maison?  Oui  Non

Êtes-vous alité(e)?  Oui  Non

Avez-vous été hospitalisé(e)?  Oui  Non Dates : (JJ/MM/AAAA) du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Veuillez indiquer les médecins consultés depuis le dernier rapport :

Maladie	Date de consultation ou du traitement (DD/MM/YYYY)	Traitement prescrit, médicament(s), autres	Nom du médecin	Adresse du médecin
	____/____/____			
	____/____/____			
	____/____/____			
	____/____/____			
	____/____/____			

3. Décrivez tous vos symptômes, y compris leur gravité et leur fréquence, ainsi que tout changement à votre condition depuis le dernier rapport. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Décrivez les activités de la vie quotidienne que vous accomplissez depuis le début de votre congé de maladie. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**Section 1 Situation actuelle (suite)**

5. Quelles sont les limitations (ne peut pas faire) et/ou les restrictions (devrait éviter) qui vous empêchent de travailler? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
6. Quand pensez-vous retourner au travail? (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  Temps partiel  Temps plein  Retour graduel

**Section 2 Revenus d'autres sources**

1. Effectuez-vous actuellement un travail quelconque, même à temps partiel, contre rémunération ou profit?  Oui  Non
2. Veuillez indiquer votre admissibilité aux prestations d'invalidité, remplacement d'un revenu ou votre renonciation au versement de prestations de ces sources en raison de votre problème de santé.

Source	Demande soumise	Intention de soumettre une demande	Date de la demande de réclamation (JJ/MM/AAAA)	Début des prestations (JJ/MM/AAAA)	Fréquence et montant des paiements
Régime de pensions du Canada/ Régime des rentes du Québec	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	
Revenu de retraite/ Sécurité sociale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	
Commission des accidents du travail/CSST	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	
Assurance-emploi du Canada	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	
Prestation d'assurance automobile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	
Pension d'invalidité d'ancien combattant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	
Assurance vie collective ou assurance salaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	
Assurance vie individuelle ou assurance salaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	
Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____	___/___/____	

**VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DE LA CORRESPONDANCE CONFIRMANT LE VERSEMENT DE LA PRESTATION**

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**Section 3 Autorisation et attestation de l'employé(e)**

Je certifie par la présente que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques, exacts et complets.

Aux fins de la tarification, de l'administration, du traitement et du règlement des réclamations liées au contrat d'assurance collective et à tout autre formulaire ou document complémentaire, j'autorise Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, ses employés, ses, ainsi que ses fournisseurs de services à utiliser mes renseignements personnels et à les partager avec des réassureurs, des assureurs, des organismes d'enquête, des fournisseurs de soins de santé, des établissements médicaux, et toute autre personne ou partie que j'autorise.

Aux fins indiquées ci-dessus, j'autorise tout médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, clinique ou tout autre établissement médical, pharmacien, compagnie d'assurance, employeur (actuel ou antérieur), employé d'une commission des accidents du travail, régime de paiement de prestations ou de soins médicaux ou tout autre organisme, institution ou personne ayant des dossiers ou des renseignements à mon sujet à fournir à Assomption Vie lesdits renseignements, y compris, sans limiter la portée générale de ce qui précède, tous renseignements sur mes habitudes de vie, ma santé et tout antécédent médical et toute prestation.

Je transfère et cède à Assomption Vie, et j'accepte de payer et de rembourser à Assomption Vie, conformément aux dispositions du contrat d'assurance collective, toute prestation d'invalidité ou de remplacement de revenu que je reçois ou qui sont recevables de toute autre source, y compris, mais sans s'y limiter, le Régime de pensions du Canada, la Commission des accidents du travail et tout autre contrat d'assurance.

Je comprends et je reconnais que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la demande de règlement, Assomption Vie aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la demande de règlement avec tout organisme réglementaire, tout organisme d'investigation ou gouvernemental, tout fournisseur de soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, mon employeur ou toute autre partie, comme prévu par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

Une photocopie ou une version électronique de cette autorisation à la même valeur légale que le document original.

\_\_\_\_\_  
Nom de l'employé(e) (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé(e)

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)

**Demande de règlement invalidité (demande de prolongation)  
Déclaration du médecin traitant Maladie à caractère physique**

**Section 1 À être remplie par l'employé(e)**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Police \_\_\_\_\_ Division \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_  
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Téléphone – Résidence \_\_\_\_\_ Téléphone - Cellulaire \_\_\_\_\_

J'autorise par la présente tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le Bureau de renseignements médicaux, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à Assomption Vie ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original. La présente autorisation n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature de l'employé(e) \_\_\_\_\_

Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

**Section 2 À être remplie par le médecin traitant**

**PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.**

**1. Diagnostic**

- A) Principal : \_\_\_\_\_
- B) Secondaire : \_\_\_\_\_
- C) Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation  
 Scan  IRM  ECG  Autres tests/investigations \_\_\_\_\_
- Joindre les copies des résultats d'épreuves diagnostiques récentes.**
- D) Votre patient(e) est-il/elle :  Droitier(e)  Gaucher(e)
- E) Veuillez dresser la liste des symptômes que vous avez constatés personnellement. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2. Traitements et visites**

A) Médication

Date de début (JJ/MM/AAAA)	Nom	Posologie	Fréquence
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			

- B) Traitements additionnels (précisez le type et la fréquence) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**Section 2 À être remplie par le médecin traitant (suite)**

**2. Traitements et visites (suite)**

- C) Chirurgie (date et nature de l'intervention) \_\_\_\_\_
- D) Hospitalisation : (JJ/MM/AAAA) du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_
- E) Nom du/des spécialiste(s) consulté(s) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Suivi médical et pronostic**

- A) Date de la dernière consultation : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Date de la prochaine consultation : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- B) Tests et examens à venir, précisez \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- C) Fréquence des suivis : \_\_\_\_\_
- D) Référé(e) à un spécialiste?  Oui  Non  
Nom du spécialiste \_\_\_\_\_ Date de référence : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Nom du spécialiste \_\_\_\_\_ Date de référence : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Nom du spécialiste \_\_\_\_\_ Date de référence : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Nom du spécialiste \_\_\_\_\_ Date de référence : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- E) Décrire les **limitations fonctionnelles** qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à son occupation habituelle.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- F) Évolution :  Amélioration  Stable  Aucun changement  Régression
- G) Si vous prévoyez que cette absence au travail se prolongera au-delà de la période normale de convalescence pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- H) Collaboration du/de la patient(e) à son traitement :  Excellente  Moyenne  Pauvre
- I) Est-ce que votre patient(e) bénéficierait d'assistance dans le cadre d'un retour au travail?  Oui  Non
- J)  Date prévue du retour au travail (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Date retournée au travail (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Indéterminée
- K) Est-ce que votre patient(e) est apte à reprendre son travail habituel?  Oui  Non  
Est-ce que votre patient(e) est apte à reprendre un autre travail?  Oui  Non  
 Temps partiel  Temps plein  Retour progressif Veuillez en donner la raison : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- L) Est-ce que le patient/la patiente est mesure de pourvoir à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques?  Oui  Non

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**Section 2 À être remplie par le médecin traitant (suite)**

**4. Limitations et restrictions**

A) Condition cardiaque (si l'arrêt de travail y est liée)

Capacité fonctionnelle selon l'American Heart Association  Catégorie I (aucune limitation)  Catégorie III (limitation importante)  
 Catégorie II (légère limitation)  Catégorie IV (limitation grave)

B) Au cours d'une journée de travail de huit (8) heures, pendant combien de temps votre patient(e) peut-il/elle faire les actions suivantes :

Rester assis :  < 1 h  1 h  2 h  3 h  4 h  5 h  6 h  7 h  8 h  
Rester debout :  < 1 h  1 h  2 h  3 h  4 h  5 h  6 h  7 h  8 h  
Marcher :  < 1 h  1 h  2 h  3 h  4 h  5 h  6 h  7 h  8 h

C) Au cours d'une journée de huit (8) heures, votre patient(e) peut soulever ou transporter : (cocher une case)

- des objets de plus de 100 lb et transporter souvent des objets de 50 lb
- des objets de plus de 100 lb et transporter souvent des objets de 50 lb au plus
- des objets de plus de 50 lb au plus et soulever et transporter souvent des objets de 25 lb au plus
- des objets de plus de 20 lb au plus et soulever et transporter souvent des objets de 10 lb au plus
- des objets de plus de 10 lb au plus et transporter parfois des petits objets

D) Au cours d'une journée de huit (8) heures, votre patient peut faire les actions suivantes à un pourcentage de :

Fonctions des membres		Parfois (0 – 33 %)	Souvent (34 – 66 %)	Constamment (67 – 100 %)	Jamais
Simple préhension	MSG / MSD				
Manipulation délicate	MSG / MSD				
Saisie de clavier (à l'aide des doigts)	MSG / MSD				
Rotation – extension épaule	MSG / MSD				
Rotation – extension coude	MSG / MSD				
Utilisation de commande aux pieds	MIG / MID				

**MSG : Membre supérieur gauche MSD : Membre supérieur droite MIG : Membre inférieur gauche MID : Membre inférieur droite**

E) Toute autre **limitation** (ne peut pas faire) ou **restriction** (devrait éviter) non-mentionnée ci-dessus?

Durée temporaire : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Permanente : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

F) Si votre patiente est enceinte, qu'elle est la date prévue d'accouchement? (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Quels sont les signes, les symptômes et les raisons médicales qui empêchent votre patiente de travailler? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Veillez joindre le dernier rapport obstétrical.**

G) Autres commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





**Assomption Vie**

Assurance collective

Nom de l'employé(e) \_\_\_\_\_

**Section 2 À être remplie par le médecin traitant (suite)**

**5. Coordonnées du médecin traitant**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse complète \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Omnipraticien  Spécialiste (préciser) \_\_\_\_\_  Autre (préciser) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin traitant

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)

**À NOTER : TOUS LES FRAIS DEMANDÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE  
SONT À LA CHARGE DU PATIENT/DE LA PATIENTE.**

**Demande de règlement invalidité (demande de prolongation)**  
**Déclaration du médecin traitant Maladie à caractère psychologique**

**Section 1 À être remplie par l'employé(e)**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Police \_\_\_\_\_ Division \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_  
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Téléphone – Résidence \_\_\_\_\_ Téléphone - Cellulaire \_\_\_\_\_

J'autorise par la présente tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le Bureau de renseignement médicaux, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à Assomption Vie ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original. La présente autorisation n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature de l'employé(e) \_\_\_\_\_ Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

**Section 2 À être remplie par le médecin traitant**

**PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.**

**1. Diagnostic selon le DSM IV**

A) (Axe I) Pathologie psychiatrique : \_\_\_\_\_

B) Veuillez décrire les signes, les symptômes ainsi que leur fréquence et préciser le degré de gravité de chacun :

(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"/>
_____	<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"/>

C) (Axe II) Trouble(s) de la personnalité associée  Oui  Non Préciser : \_\_\_\_\_

D) (Axe II) Problèmes associés : toxicomanie, alcoolisme ou problèmes de jeu  Oui  Non  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

E) (Axe III) Maladie(s) associée(s)  
Diagnostic(s) : \_\_\_\_\_

Médicament(s) prescrit(s) : \_\_\_\_\_

F) (Axe IV) Stresseurs psychosociaux associés (dans les 12 derniers mois)

<input type="checkbox"/> Problèmes conjugaux ou familiaux	<input type="checkbox"/> Perte d'emploi ou mise à pied	<input type="checkbox"/> Alcoolisme, toxicomanie ou dépendance au jeu
<input type="checkbox"/> Problèmes professionnels	<input type="checkbox"/> Problèmes personnels ou interpersonnels	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____

G) (Axe V) Niveau le plus élevé de l'échelle de fonctionnement global (EFG) :  
 - Dans la dernière année : EFG (0-100) \_\_\_\_\_  
 - Actuellement : EFG (0-100) \_\_\_\_\_

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**Section 2 À être remplie par le médecin traitant (suite)**

**2. Traitement et visites**

A) Médication

Date de début (JJ/MM/AAAA)	Nom	Posologie	Fréquence
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			

B) Stratégie du traitement avec la médication :

- Augmentée le (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nom et dosage \_\_\_\_\_
- Potentialisée le (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nom et dosage \_\_\_\_\_
- Combinaison le (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nom et dosage \_\_\_\_\_

C) Votre patient(e) consulte-t-il/elle un :

- |                     |   |                            |             |
|---------------------|---|----------------------------|-------------|
| Psychiatre?         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Depuis quand? (JJ/MM/AAAA) | ___/___/___ |
| Psychologue?        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                            | ___/___/___ |
| Travailleur social? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                            | ___/___/___ |
| Autre intervenant?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                            | ___/___/___ |

D) Votre patient(e) est-il/elle suivi(e) :

- |                               |   |            |       |
|-------------------------------|---|------------|-------|
| Dans un centre de traitement? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Précisez : | _____ |
| Dans un CLSC?                 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |            | _____ |
| Dans un hôpital de jour?      | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |            | _____ |
| En thérapie de groupe?        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |            | _____ |
| En thérapie individuelle?     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |            | _____ |

**3. Suivi et pronostic**

- A) Date de la dernière consultation : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- B) Fréquence des suivis : \_\_\_\_\_
- C) Est-ce que le patient/la patiente sera dirigé(e) à un psychiatre?  Oui  Non  
Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Date de référence : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- D) Collaboration du/de la patient(e) à son traitement  Excellente  Moyenne  Pauvre
- E) Si vous prévoyez que l'absence au travail se prolongera au-delà de la période normale de convalescence pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- F) Est-ce que votre patient(e) bénéficierait d'assistance dans le cadre d'un retour au travail?  Oui  Non
- G) Considérez-vous que son état se soit amélioré de façon optimale?  Oui  Non
- H)  Date prévue du retour au travail : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Date retournée au travail : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Indéterminée

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**Section 2 À être remplie par le médecin traitant (suite)**

**3. Suivi et pronostic (suite)**

- I) Est-ce que votre patient(e) est apte à reprendre son travail habituel?  Oui  Non  
 Est-ce que votre patient(e) est apte à reprendre un autre travail?  Oui  Non
- J) Quand le/la patient(e) sera-t-il/elle apte à reprendre le travail? : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
 Temps partiel  Temps plein  Retour progressif (veuillez en donner la raison : \_\_\_\_\_ )
- K) Plan de retour au travail recommandé :  
 Date de début : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
 Semaine 1 \_\_\_ jour/semaine Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ Semaine 3 \_\_\_ jour/semaine Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
 Semaine 2 \_\_\_ jour/semaine Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ Semaine 4 \_\_\_ jour/semaine Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**4. Évaluation des capacités fonctionnelles mentales**

<b>Légende</b>	Aucune	0	Aucune limitation
	Légère	1	Légère limitation sans atteinte de la capacité fonctionnelle
	Modérée	2	Affecte le/la patient(e) sans atteinte de la capacité fonctionnelle
	Modérément sévère	3	Atteinte significative de la capacité fonctionnelle
	Sévère	4	Limitation totale de la capacité fonctionnelle

**Veuillez encrer le chiffre correspondant à votre évaluation selon la légende indiquée ci-dessus.**

1. Capacité à maintenir des relations interpersonnelles et des relations de confiance	0	1	2	3	4
2. Limitation des activités personnelles et des activités quotidiennes de la vie courante	0	1	2	3	4
3. Diminution des intérêts	0	1	2	3	4
4. Comprendre, garder en mémoire les instructions reçues et les exécuter	0	1	2	3	4
5. Réagir adéquatement à la supervision	0	1	2	3	4
6. Effectuer des tâches qui nécessitent des rapports avec autrui de façon régulière	0	1	2	3	4
7. Effectuer un travail qui nécessite peu de rapport avec autrui	0	1	2	3	4
8. Effectuer des tâches qui comportent des exigences intellectuelles minimales	0	1	2	3	4
9. Effectuer des tâches complexes qui demandent un haut niveau de raisonnement, de capacité mathématique et de langue	0	1	2	3	4
10. Effectuer des tâches répétitives à une vitesse adéquate	0	1	2	3	4
11. Effectuer des tâches variées	0	1	2	3	4
12. Constance et rythme	0	1	2	3	4
13. Capacité décisionnelle	0	1	2	3	4
14. Persévérance	0	1	2	3	4
15. Superviser ou gérer des ressources humaines	0	1	2	3	4
16. Capacité à composer avec le stress dans des situations qui demandent une attention soutenue et une rapidité d'exécution	0	1	2	3	4

- A) Est-ce que le patient/la patiente est en mesure de pourvoir à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques?  Oui  Non
- B) Autres commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5. Coordonnées du médecin traitant**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
 Adresse complète \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_  
 Omnipraticien  Spécialiste (précisez) \_\_\_\_\_  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Signature du médecin traitant \_\_\_\_\_

Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

**À NOTER : TOUS LES FRAIS DEMANDÉS POUR REMPLIR CE PRÉSENT FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU PATIENT/DE LA PATIENTE.**