

N° d'employé : \_\_\_\_\_ Groupe d'employés : \_\_\_\_\_ **Section à remplir par la personne assurée**

**①** Nom : \_\_\_\_\_ **②** Prénom : \_\_\_\_\_  
**③** N° de contrat : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **④** Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_  
 N° de groupe ou de police / N° de certificat **⑤** Date de naissance : \_\_\_\_\_

**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

	L	M	I		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 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) :

<input type="checkbox"/> Problèmes personnels ou interpersonnels	<input type="checkbox"/> Perte d'emploi ou mise à pied	<input type="checkbox"/> Problèmes professionnels
<input type="checkbox"/> Problèmes conjugaux ou familiaux	<input type="checkbox"/> Consommation abusive d'alcool ou de drogues et/ou problèmes de jeu	
<input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____		

Axe V) Échelle générale de fonctionnement (selon l'échelle EGF du DSM IV (0 à 100) 100 = condition parfaite)  
 - au début du traitement : \_\_\_\_\_ - actuellement : \_\_\_\_\_

**3. Suivi et pronostic**

3.1 Date de la première journée d'absence : \_\_\_\_\_ Prochaine consultation : \_\_\_\_\_  
 3.2 Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_  
 3.3 Le patient sera-t-il dirigé vers un psychiatre ? : non  oui  Non du médecin : \_\_\_\_\_  
 3.4 Collaboration du patient à son traitement : excellente  moyenne  médiocre   
 3.5 Si vous prévoyez que l'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 Date de retour au travail : \_\_\_\_\_ ou indéterminée   
 3.9 Retour progressif : non  oui  À temps partiel  À temps plein  Modalités : \_\_\_\_\_

**4. Identification du médecin**

4.1 Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 4.2 No permis d'exercer : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Note : Les frais pour remplir cette demande sont assumés par la personne assurée.**