

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 Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation (joindre copie des résultats récents, radiographiques, 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)

	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"/>

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 première journée d'absence : _____ Prochaine consultation : _____
 3.2 Tests et examens à venir, précisez : _____
 3.3 Fréquence du suivi : _____
 3.4 Orientation vers un spécialiste : non oui Non du médecin : _____
 3.5 Date prévue de consultation d'un spécialiste : _____ 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 Date de retour au travail : _____ ou indéterminée
 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.