

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____
 N° contrat : _____ N° groupe/division : _____ N° certificat : _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (à remplir en lettres moulées 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, 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) **L M I** **L M I**
 _____ _____
 _____ _____

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 ET PRONOSTIC

3.1 Date de la dernière consultation : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____ Prochaine consultation : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____
 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 : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____ 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 l'absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, précisez 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 : # jours _____ # semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail _____ Année _____ Mois _____ Jour _____
 3.12 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? # jours _____ # semaines _____
 à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. QUESTIONS SPÉCIFIQUES AU CONTRAT

5. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

5.1 Nom, prénom (en lettres moulées) : _____ Téléphone : (_____) _____
 5.2 N° permis d'exercer : _____ Télécopieur : (_____) _____
 Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
 5.3 Adresse : _____
 Signature du médecin : _____ Date : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____