

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 Veuillez décrire les signes et symptômes avec leur fréquence et préciser le degré de gravité de chacun d'eux (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"/>

2. TRAITEMENT

2.1 Médicaments – Nom – Posologie : _____

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 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) :

<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 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 dernière consultation : Année _____ Mois _____ Jour _____ Prochaine consultation : Année _____ Mois _____ Jour _____
 3.2 Fréquence du suivi : _____
 3.3 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre ? : Non Oui Nom 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, précisez 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 Durée approximative de l'incapacité : # jours _____ # semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail Année _____ Mois _____ Jour _____
 3.9 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 _____