

3500, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 2200, Westmount QC H3Z 3C1 Courriel: salaire@gfaqa.com Téléc. : 514 935-1147

Section à remplir par le patient

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

À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient

1. DIAGNOSTIC

1.1 Principal : _____
1.2 Secondaire : _____
1.3 Complications : _____
1.4 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou symptômes associés dont font état le ou les diagnostics :
a) reçu des traitements médicaux b) consulté un autre médecin c) pris des médicaments d) été hospitalisé e) subi des examens
Précisez les périodes : _____
1.5 L'incapacité est-elle reliée à : un accident une maladie un accident du travail un accident d'automobile
date de l'événement : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____
une grossesse Non Oui un retrait préventif Non Oui Date prévue d'accouchement : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____
1.6 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 _____

2. TRAITEMENT

2.1 Médicaments – Nom – Posologie : _____
2.2 Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :
a) des examens ou tests Non Oui Précisez : _____
b) une opération Non Oui D'un jour Type : _____
Intervention chirurgicale : _____ → L Date : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____
c) d'autres traitements Non Oui Précisez : _____
d) une hospitalisation du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
e) un court séjour en observation Non Oui # heures : _____

3. SUIVI ET PRONOSTIC

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____ Prochaine consultation : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____
3.2 Autres dates de consultations : _____ Fréquence du suivi : _____
3.3 À partir de quelle date l'affection du patient a-t-elle commencé à l'empêcher d'accomplir son travail ? _____ Année _____ Mois _____ Jour _____
3.4 Orientation vers un autre médecin : Non Oui Nom du médecin : _____
Spécialité : _____
3.5 Durée approximative de l'incapacité : # jours _____ # semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail _____ Année _____ Mois _____ Jour _____
3.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? # jours _____ # semaines _____
à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

4.1 Nom, prénom (en lettres majuscules) : _____ Téléphone : (_____) _____
4.2 N° permis d'exercer : _____ Télécopieur : (_____) _____
Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
4.3 Adresse : _____
Signature du médecin : _____ Date : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____



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

À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient

1. DIAGNOSTIC

- 1.1 Principal : _____
- 1.2 Secondaire : _____
- 1.3 Symptômes actuels : _____
- 1.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Léger Moyen Intense Avec éléments psychotiques
- 1.5 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :
 à la vie conjugale ou familiale à la perte d'un emploi ou à une mise à pied à des problèmes professionnels
 à des problèmes personnels ou interpersonnels à la consommation abusive d'alcool ou de drogues ou à des problèmes de jeu
 autres Précisez : _____
- 1.6 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou symptômes associés dont font état le ou les diagnostics :
a) reçu des traitements médicaux b) consulté un autre médecin c) pris des médicaments d) été hospitalisé e) subi des examens
Précisez les dates des épisodes antérieurs : _____

2. TRAITEMENT

- 2.1 Médicaments – Nom – Posologie : _____
- 2.2 Le patient consulte-t-il : un psychiatre Non Oui un travailleur social Non Oui
un psychologue Non Oui un autre intervenant de la santé Non Oui
Si oui, nom de l'intervenant consulté : _____
- 2.3 Hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____

3. SUIVI ET PRONOSTIC

- 3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____ Prochaine consultation : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____
- 3.2 Autres dates de consultations : _____ Fréquence du suivi : _____
- 3.3 À partir de quelle date l'affection du patient a-t-elle commencé à l'empêcher d'accomplir son travail ? _____ Année _____ Mois _____ Jour _____
- 3.4 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre : Non Oui Nom du médecin : _____
- 3.5 Durée approximative de l'incapacité : # jours _____ # semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail _____ Année _____ Mois _____ Jour _____
- 3.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? # jours _____ # semaines _____
à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

- 4.1 Nom, prénom (en lettres majuscules) : _____ Téléphone : (_____) _____
- 4.2 N° permis d'exercer : _____ Télécopieur : (_____) _____
Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
- 4.3 Adresse : _____
- Signature du médecin : _____ Date : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____