

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
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 : _____ Prochaine consultation : _____
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 : _____ 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 _____
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 (A / M / J) : _____