

N° d'employé : _____ Groupe d'employés : _____

Section à remplir par la personne assurée

1 Nom : _____	2 Prénom : _____
3 N° de contrat : _____ / _____ N° de groupe ou de police / N° de certificat	4 Numéro d'assurance sociale : _____
	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 Veuillez décrire les signes et symptômes avec leur fréquence et précisez le degré de gravité de chacun d'eux : 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"/>
_____	<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 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, 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 et/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 première journée d'absence : (A | A | A | A | M | M | J | J) Prochaine consultation : (A | A | A | A | M | M | J | J)

3.2 Fréquence du suivi : _____

3.3 Le patient sera-t-il dirigé vers un psychiatre ? : non oui Non 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, veuillez préciser 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 Date de retour au travail : (A | A | A | A | M | M | J | J) ou indéterminée

3.9 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 : (A | A | A | A | M | M | J | J)

Note : Les frais pour remplir cette demande sont assumés par la personne assurée.