

Identité du professionnel assuré *N. B. Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire au verso.*

Nom de famille à la naissance	Prénom
-------------------------------	--------

Numéro de permis	Numéro d'assurance maladie	Date de naissance Année Mois Jour
------------------	----------------------------	--------------------------------------

1. Diagnostic **Déclaration du médecin traitant** (à remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

Principal : _____
 Secondaire : _____
 Complications : _____

Dans le passé, pour le ou les diagnostics qui figurent ci-dessus (ou les symptômes associés), ce patient a déjà :

reçu des traitements consulté un médecin pris des médicaments été hospitalisé subi des examens

Précisez les périodes : ▶ _____

L'incapacité est liée à :

un acte criminel une maladie professionnelle un accident du travail un accident d'automobile

Date de l'évènement
Année Mois Jour

une grossesse Date prévue de l'accouchement Année Mois Jour un retrait préventif

Décrivez les limitations ou restrictions fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles :

2. Traitement

Médicaments (nom - posologie) : _____

Le patient a subi ou subira :

des examens ou des tests Non Oui Précisez : _____

une opération Non Oui chirurgie d'un jour Nature de la chirurgie _____ Date de la chirurgie Année Mois Jour

d'autres traitements Non Oui Précisez : _____

une hospitalisation Non Oui du _____ au _____ Année Mois Jour Nom de l'hôpital _____

un court séjour en observation N^{bre} hres _____ Précisez : _____

3. Suivi et pronostic

Date du début de l'invalidité Année Mois Jour Date de la première consultation Année Mois Jour Date de la prochaine consultation Année Mois Jour Fréquence du suivi _____

Orientation vers un autre médecin Non Oui Nom du médecin _____ Spécialité _____ Date de la consultation Année Mois Jour

Durée approximative de l'incapacité N^{bre} jours : _____ N^{bre} semaines : _____ Indéterminée

Date de recouvrement de l'aptitude au travail (réelle ou prévue) Année Mois Jour À temps plein Retour progressif Précisez : _____

4. Identité du médecin traitant Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____

Nom	Prénom	Numéro de permis
Adresse (numéro, rue, ville)		Code postal
SIGNATURE		DATE Année Mois Jour
TÉLÉPHONE IND. REGIONAL ()		

Demande initiale - Invalidité

Maladies à caractère psychologique

À L'USAGE DE LA RÉGIE

Identité du professionnel assuré

N. B. Pour les maladies à caractère physique, remplir le formulaire au recto.

Nom de famille à la naissance	Prénom
-------------------------------	--------

Numéro de permis	Numéro d'assurance maladie	Date de naissance Année Mois Jour
------------------	----------------------------	--

1. Diagnostic Déclaration du médecin traitant (à remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

Principal : _____

Secondaire : _____

Degré de gravité de l'ensemble des signes et des symptômes : léger moyen intense

Dans le passé, pour le ou les diagnostics qui figurent ci-dessus (ou les symptômes associés), ce patient a déjà : reçu des traitements consulté un médecin pris des médicaments été hospitalisé subi des examens

Précisez les périodes : ▶ _____

L'incapacité est liée à : un acte criminel des problèmes professionnels un accident d'automobile la consommation abusive d'alcool ou de drogues

Date de l'évènement
Année Mois Jour

Décrivez les limitations ou restrictions fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles :

2. Traitement

Médicaments (nom - posologie) : _____

Le patient est suivi par : un psychiatre Non Oui un travailleur social Non Oui
un psychologue Non Oui un autre intervenant de la santé Non Oui

Si oui, nommez l'intervenant consulté : _____

Hospitalisation : Non Oui du Année Mois Jour au Année Mois Jour Nom de l'hôpital

3. Suivi et pronostic

Date du début de l'invalidité	Année Mois Jour	Date de la première consultation	Année Mois Jour	Date de la prochaine consultation	Année Mois Jour	Fréquence du suivi
Orientation vers un autre médecin	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Nom du médecin	Spécialité	Date de la consultation	Année Mois Jour	
Durée approximative de l'incapacité	N ^{bre} jours : _____	N ^{bre} semaines : _____	Indéterminée <input type="checkbox"/>			
Date de recouvrement de l'aptitude au travail (réelle ou prévue)	Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> Retour progressif	Précisez : _____			

4. Identité du médecin traitant

Omnipraticien Spécialiste Précisez :

Nom	Prénom	Numéro de permis
Adresse (numéro, rue, ville)		Code postal
SIGNATURE		TELEPHONE IND. REGIONAL ()
		DATE Année Mois Jour