

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 : _____
 Indiquez les éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation (résultats anormaux des examens diagnostiques) :

 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 _____ Année Mois Jour au _____ Année Mois Jour Nom de l'hôpital _____

3. Suivi et pronostic

Date de la dernière 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
 Évolution : amélioration état stationnaire aggravation
 Si vous prévoyez que l'absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser pourquoi :

 Collaboration du patient à son traitement : excellente moyenne médiocre
 Votre patient bénéficierait-il d'une assistance dans le cas d'un retour au travail? Non Oui Précisez : _____
 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			TÉLÉPHONE IND. RÉGIONAL ()		DATE Année Mois Jour	

Rapport d'évolution - 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)

Selon l'évaluation multiaxiale (incluant l'axe V) :

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

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 :	Nom	Le patient est suivi :	Nom de l'établissement
un psychiatre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____	dans un centre de traitement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____
un psychologue <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____	dans un CLSC <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____
un travailleur social <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____	dans un hôpital de jour <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____
un autre intervenant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____	en thérapie de groupe <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____
		en thérapie individuelle <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	_____

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

3. Suivi et pronostic

Date de la dernière 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
-----------------------------------	---	----------------	------------	-------------------------	-----------------------

Évolution : amélioration état stationnaire aggravation

Si vous prévoyez que l'absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser pourquoi :

Collaboration du patient à son traitement : excellente moyenne médiocre

Votre patient bénéficierait-il d'une assistance dans le cadre d'un retour au travail? Non Oui ► Précisez :

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	<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	TÉLÉPHONE IND. RÉGIONAL ()	DATE Année Mois Jour
-----------	--------------------------------	-------------------------------