



Pour soumettre en ligne :

desjardinsassurancevie.com/envoi

Remplissez et enregistrez au préalable votre formulaire.
Conservez les originaux pour vos dossiers.



Par courrier :

C. P. 3875 succ. Lévis
Lévis (Québec) G6V 0A7

Expédiez les originaux et conservez
les copies pour vos dossiers.



Par télécopieur :

1 844 409-6575 (sans frais)
418 835-0194

Conservez les originaux pour vos dossiers.



RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE DU MÉDECIN TRAITANT POUR MALADIES À CARACTÈRE PHYSIQUE

N.B. Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire au verso.

1. Identification de l'employé - Section à remplir par l'employé.

Nom et prénom	N° de police ou groupe ou contrat	N° de certificat ou d'identification	Date de naissance AAAA MM JJ
---------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

2. Diagnostic - À remplir en lettres majuscules et à remettre à l'employé.

2.1 Principal : _____

2.2 Secondaire : _____

2.3 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 : _____

2.4 Degré de gravité des symptômes (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"/>

3. Traitement

3.1 Médicaments – nom – posologie : _____

3.2 Traitements additionnels (précisez le type et la fréquence) : _____

3.3 Chirurgie (date, nature et intervention) : _____

3.4 Hospitalisation : Du _____ AAAA MM JJ Au _____ AAAA MM JJ Nom de l'hôpital : _____

3.5 Consultation d'un spécialiste : Non Oui - **Annexez la copie.**

4. Suivi et pronostic

4.1 Date de la dernière consultation : _____ AAAA MM JJ Prochaine consultation : _____ AAAA MM JJ

4.2 Tests et examens à venir, précisez : _____

4.3 Fréquence du suivi : _____

4.4 Orientation vers un spécialiste : Non Oui Nom du médecin : _____

4.5 Date prévue de consultation d'un spécialiste : _____ AAAA MM JJ Spécialité : _____

4.6 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 : _____

4.7 Évolution : Progressive Stable Régressive

4.8 Si vous prévoyez que cette absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic :

4.9 Collaboration du patient à son traitement : Excellente Moyenne Médiocre

4.10 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Non Oui AAAA MM JJ

4.11 Durée approximative de l'incapacité : N^{bre} de jours : _____ N^{bre} de semaines : _____ Indéterminée ou date de retour au travail : _____

4.12 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N^{bre} de jours : _____ N^{bre} de semaines : _____
 À temps partiel À temps plein Retour progressif Précisez : _____

5. Renseignements supplémentaires - Veuillez utiliser une feuille additionnelle si nécessaire.

6. Identification du médecin

6.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : (_____) _____ Télécopieur : (_____) _____

6.2 N° de permis d'exercer : _____ Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____

Signature : _____ Date : _____

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR L'EMPLOYÉ.



Pour soumettre en ligne :

desjardinsassurancevie.com/envoi

Remplissez et enregistrez au préalable votre formulaire.
Conservez les originaux pour vos dossiers.



Par courrier :

C. P. 3875 succ. Lévis
Lévis (Québec) G6V 0A7
Expédiez les originaux et conservez
les copies pour vos dossiers.



Par télécopieur :

1 844 409-6575 (sans frais)
418 835-0194

Conservez les originaux pour vos dossiers.



RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE DU MÉDECIN TRAITANT POUR MALADIES À CARACTÈRE PSYCHOLOGIQUE

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

1. Identification de l'employé - Section à remplir par l'employé.

Nom et prénom	N° de police ou groupe ou contrat	N° de certificat ou d'identification	Date de naissance AAAA MM JJ
---------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

2. Diagnostic - À remplir en lettres majuscules et à remettre à l'employé.

2.1 Principal : _____

2.2 Secondaire : _____

2.3 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)

Signes	L	M	I	Symptômes	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"/>

3. Traitement

3.1 Médicaments – nom – posologie : _____

3.2 Votre patient consulte-t-il un :

	Depuis quand?	Non	Oui	Précisez :
psychiatre	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
psychologue	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
travailleur social	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
autre intervenant	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

dans un centre de traitement
 dans un CLSC
 dans un hôpital de jour
 en thérapie de groupe
 en thérapie individuelle

AXE II) Troubles de la personnalité associés : Non Oui Précisez : _____

Problèmes de toxicomanie ou 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 ou problèmes de jeu	
<input type="checkbox"/> Autres Précisez : _____		

AXE V) Évaluation globale de fonctionnement (selon l'échelle EGF du DSM IV (0 à 100) 100 = condition parfaite)
– au début du traitement : _____ – actuellement : _____

4. Suivi et pronostic

4.1 Date de la dernière consultation : _____ Prochaine consultation : _____

4.2 Fréquence du suivi : _____

4.3 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre? Non Oui Nom du médecin : _____

4.4 Collaboration du patient à son traitement : Excellente Moyenne Médiocre

4.5 Si vous prévoyez que cette absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.

4.6 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Non Oui

4.7 Considérez-vous que son état s'est amélioré de façon optimale? Non Oui

4.8 Durée approximative de l'incapacité : N^{bre} de jours : _____ N^{bre} de semaines : _____ Indéterminée ou date de retour au travail : _____

4.9 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N^{bre} de jours : _____ N^{bre} de semaines : _____
 À temps partiel À temps plein Retour progressif Précisez : _____

5. Renseignements supplémentaires - Veuillez utiliser une feuille additionnelle si nécessaire.

6. Identification du médecin

6.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : (____) _____ Télécopieur : (____) _____

6.2 N° de permis d'exercer : _____ Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____

Signature : _____ Date : _____

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR L'EMPLOYÉ.