

RÉCLAMATION D'ASSURANCE SALAIRE

Date de la 1^{re} consultation pour cette invalidité : A / M / J

Nom : _____

N° employé: _____

Rapport médical (à remplir par le MÉDECIN TRAITANT)

DIAGNOSTIC

Principal : _____

Secondaire : _____

SELON LA CLASSIFICATION MULTIAXIALE DU DSM-IV

Axe I

(Troubles cliniques psychiatriques)

Axe II

(Troubles de la personnalité, toxicomanie, alcoolisme, problèmes de jeu)

Axe III

(Maladies physiques)

Axe IV

(problèmes psychosociaux et environnementaux, problèmes au travail)

Axe V

(Évaluation globale du fonctionnement)

SUIVI MÉDICAL

Cette personne a-t-elle été référée à un spécialiste? Oui ☐ Nom et spécialité : _____

Résultat de la consultation : _____

☐ EXAMENS DIAGNOSTIQUES Préciser : _____ Résultats : _____

☐ HOSPITALISATION Du : _____ Au : _____

☐ CHIRURGIE Préciser : _____ Date : A / M / J

☐ PHYSIOTHÉRAPIE / ERGOTHÉRAPIE Date du début : _____ Fréquence : _____

☐ PSYCHOTHÉRAPIE Date du début : _____ Fréquence : _____

☐ PHARMACOLOGIE Préciser : _____ Posologie : _____

_____ Posologie : _____

☐ AUTRE Préciser : _____

PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL

☐ Retour au travail régulier Date : A / M / J

☐ Retour au travail progressif dans son poste De : _____ À : _____

Modalité : _____

☐ Assignation temporaire (tâches allégées) De : _____ À : _____

Modalité : _____

Restrictions médicales : _____

ARRÊT DE TRAVAIL

Identifier les raisons médicales qui rendent la personne salariée totalement incapable d'occuper son emploi ou tout autre emploi offert par l'employeur :

Durée approximative de l'incapacité : Nombre de semaines _____ Nombre de mois _____ Date approximative de retour au travail : A / M / J

S'agit-il d'une incapacité totale et permanente pour son emploi? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous complété des documents : RRQ ☐ A / M / J SAAQ ☐ A / M / J CSST ☐ A / M / J IVAC ☐ A / M / J

Date du prochain rendez-vous : A / M / J

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

NOM DU MÉDECIN (en caractères d'imprimerie)

ADRESSE

N° PERMIS

SIGNATURE DU MÉDECIN (estampille non acceptée)

N° de téléphone

DATE

SPÉCIALITÉ DU MÉDECIN

N° de télécopieur