

## Déclaration du médecin traitant (DMT) Formulaire de demande d'invalidité de courte durée

Instructions aux employé(e)s,

Il y a deux parties à ce questionnaire, la première partie (information et autorisation de l'employé) que vous devez remplir vous-même. La deuxième partie (questionnaire du médecin traitant) doit être remplie par votre médecin et retournée par télécopieur à Medial télécopieur : (514) 767-7004. **Il vous incombe d'obtenir à vos frais l'information médicale nécessaire à l'étude de votre demande. Pour réduire les délais de traitement, ce formulaire doit être dûment complété par l'employé et le médecin traitant et retourner à Medial au plus tard 10 jours ouvrables du premier jour d'absence. Pour toute information supplémentaire, veuillez nous contacter au (514) 284-1010, pst. 21. Merci.**

### Information sur l'employé(e) et autorisation de divulgation d'information – À remplir par l'employé(e)

Nom de famille de l'employé(e) : \_\_\_\_\_ Prénom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Numéro de l'employé : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Téléphone à domicile : \_\_\_\_\_ Première journée d'absence : \_\_\_\_\_

Adresse à domicile : \_\_\_\_\_

Nom du gestionnaire : \_\_\_\_\_ Téléphone du gestionnaire : \_\_\_\_\_

Veuillez décrire la raison de votre absence au travail : \_\_\_\_\_

J'AUTORISE tout médecin, professionnel de la santé, clinique, hôpital ou autre organisme médical incluant la Société de l'assurance-automobile du Québec/Ontario « No Fault Benefits » ou tout autre bureau d'assurance automobile provincial, possédant toute information pertinente quant à mon diagnostic, traitement, pronostic ou tout ce qui concerne tous les états et/ou traitements ou examens complétés quant à ma santé physique ou mentale, à fournir au Medial Conseil Santé Sécurité inc., les informations nécessaires à l'évaluation de ma demande d'indemnisation dans le cadre du programme d'invalidité de courte durée.

J'autorise par la présente Medial Conseil Santé Sécurité inc., son mandataire désigné ou son successeur nommé, et Unistar Special Risks Inc. et leurs mandataires respectifs autorisés, y compris leurs représentants juridiques et leurs enquêteurs, à obtenir, recueillir, recevoir, conserver, examiner, copier et divulguer tout renseignement personnel ou tout renseignement médical personnel, y compris les rapports de consultation, de ou à tout médecin (y compris mon médecin traitant) et/ou tout praticien médical, tout hôpital, toute clinique, tout conseiller juridique, tout organisme d'enquête, l'administrateur du régime d'assurance invalidité de longue durée et la compagnie d'assurance.

Les raisons pour lesquelles ces renseignements sont recueillis et peuvent être divulgués sont i) pour permettre l'évaluation et la gestion de ma demande de règlement, ii) pour faciliter ma réadaptation et mon retour au travail, iii) aux fins de toute poursuite ou réclamation fondée en droit ou de leur évaluation, iv) aux fins de la gestion des relations de travail et v) aux fins des statistiques du titulaire de la police.

Je COMPRENDS que Medial Conseil Santé Sécurité inc., se réserve le droit d'entreprendre une évaluation médicale indépendante ou des consultations avec mon/mes médecin(s) traitant(s) afin de déterminer mon éligibilité au paiement d'invalidité de courte durée et de fournir une copie du rapport d'évaluation médicale indépendante à mon/mes médecin(s) traitant(s).

Je CONVIENS que toute information fournie au Medial peut être utilisée par Medial aux fins de l'évaluation de ma demande de règlement et à toute autre fin liée à l'administration de mes prestations d'assurance invalidité de courte durée, notamment pour faciliter ma réintégration au travail. Seule l'information concernant les restrictions au travail ou le retour au travail sera divulguée à mon employeur.

Signature de l'employé(e) : \_\_\_\_\_ Date de signature : \_\_\_\_\_

Nom de famille de l'employé: \_\_\_\_\_

Prénom de l'employé: \_\_\_\_\_

**Questionnaire du médecin – À remplir par le médecin traitant**

Cet(te) employé(e) réclame une indemnisation d'invalidité de courte durée. Ceci n'est pas une demande d'examen mais une demande d'information existante à votre dossier médical. **Pour réduire les délais de traitement, ce formulaire doit être dûment complété par le bénéficiaire et le médecin traitant et retourner à Medial au plus tard 10 jours ouvrables du premier jour d'absence.**

**DIAGNOSTIC:**

Primaire : \_\_\_\_\_ Secondaire : \_\_\_\_\_

Gravité:  faible  modérée  élevée      Gravité:  faible  modérée  élevée

Date de la première visite du patient pour cette invalidité : \_\_\_\_\_

Date d'apparition des symptômes pour cette invalidité : \_\_\_\_\_

Signes objectifs (y compris les résultats des radiographies actuelles, la tension artérielle, les analyses de laboratoire et toute constatation clinique pertinente) et les antécédents médicaux concernant l'état médical actuel causant l'absence au travail. S'il s'agit d'une condition cardiaque, veuillez spécifier la classe fonctionnelle. Veuillez joindre une copie des rapports du spécialiste et des résultats des tests associés au(x) diagnostic(s).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si psychiatrique, veuillez compléter le diagnostic axial complet et l'évaluation « GAF score»

AXE I: \_\_\_\_\_

AXE II: \_\_\_\_\_

AXE III: \_\_\_\_\_

AXE IV: \_\_\_\_\_

AXE V (GAF SCORE)

GAF Score actuel: \_\_\_\_\_

GAF Score le plus élevé dans la dernière année: \_\_\_\_\_

GAF Score le moins élevé dans la dernière année: \_\_\_\_\_

Symptômes subjectifs :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'état de la patiente est-il lié à une grossesse?  Oui  Non      Si oui, indiquez l'EDD \_\_\_\_\_

Y a-t-il des antécédents concernant cette blessure ou maladie?  Oui  Non      Si oui, dites quand et expliquez/précisez.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'état du patient est-il imputable à une blessure ou une maladie liée à son emploi?  Oui  Non

Dans l'affirmative, votre bureau a-t-il soumis au nom du patient une demande d'indemnité à la Commission de la santé et de la sécurité au travail?  Oui  Non

Indiquez toutes les dates auxquelles le patient a été hospitalisé relativement à l'invalidité susmentionnée (sans oublier de préciser les dates d'admission et de congé et le motif de l'hospitalisation) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Une intervention chirurgicale a-t-elle été nécessaire?  Oui  Non      Si oui, dites quand et expliquez/précisez.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de famille de l'employé: \_\_\_\_\_ Prénom de l'employé: \_\_\_\_\_

Depuis la première consultation du patient pour ce problème, veuillez choisir l'option qui décrit le mieux l'évolution de son état :

Régression       Stabilité       Amélioration       Rétablissement

Veuillez indiquer **TOUTES** les dates des consultations pour le problème de santé actuel :

Mois	AA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				

Date du prochain rendez-vous : \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer le nom de tout autre médecin qui a évalué ou qui évaluera l'état de santé du patient :

Nom	Spécialité	Adresse	Téléphone

Traitement recommandé ou prescrit, y compris les thérapies, les médicaments, posologie et réponse (veuillez joindre des pages additionnelles si vous manquez d'espace) :

Médicaments	Dosage /Fréquence	Durée	Date de début (jj/mm/aa)	Réponse (bonne, moyenne, faible)

Massothérapie, date de début : \_\_\_\_\_  Chiropractie, date de début : \_\_\_\_\_

Physiothérapie, date de début : \_\_\_\_\_  Acuponcture, date de début : \_\_\_\_\_

Counseling, date de début : \_\_\_\_\_

Résultats de tests spécifiques. Si des tests sont prescrits, veuillez nous indiquer les dates de rendez-vous :

---

---

---

---

---

---

---

---

Nom de famille de l'employé: \_\_\_\_\_ Prénom de l'employé: \_\_\_\_\_

Veillez décrire les limitations ou restrictions physiques dont souffre le patient actuellement en précisant si celles-ci l'empêchent d'accomplir les tâches habituelles de son emploi. Veillez noter qu'un programme de « travail modifié » est en place dans l'entreprise afin de répondre aux besoins de la plupart des employés ayant des restrictions et des limitations courantes.

**Capacités fonctionnelles :**

a) Veuillez indiquer si le patient est :  Ambulatoire  Confiné à la maison  Alité  Hospitalisé

b) Votre patient requiert-il une limitation?

	Oui	Limitation	Non
Limitation à la position assise	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Limitation à la position debout	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Limitation à la marche	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Limitation de l'utilisation répétitive des membres supérieurs	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

**Pronostic :**

Date prévue de retour au travail : \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AA)  Avec les tâches habituelles  Avec des tâches modifiées

Pour un retour au travail progressif, veuillez spécifier la cédule de travail.

---

---

---

---

---

---

---

---

**Commentaires/restrictions :**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Information relative au médecin traitant**

Nom du médecin (*en caractères d'imprimerie*) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

No. de téléphone \_\_\_\_\_

Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Spécialité \_\_\_\_\_

Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Adresse de correspondance:**

Medial Conseil Santé Sécurité inc.,  
800 boul. Chomedey, Tour C-100  
Laval (Qc) H7V 3Y4