



Nom du patient \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 A M J  
 1. Antécédents médicaux  
 a) Date d'apparition des symptômes ou date de l'accident \_\_\_\_\_ A M J b) Date du début de l'invalidité totale \_\_\_\_\_ A M J  
 c) Ce patient a-t-il déjà souffert d'une affection de ce genre?  
 Oui → Si oui, date et description \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ A M J  
 Non  Ne sais pas  
 d) L'affection est-elle attribuable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle?  Oui  Non  Ne sais pas  
 e) Si l'affection résulte d'une grossesse, date prévue de l'accouchement \_\_\_\_\_ A M J  
 f) S'il s'agit d'une **rechute**, date à laquelle l'invalidité totale a redébuté \_\_\_\_\_ A M J  
 g) Nom des autres médecins traitants \_\_\_\_\_

2. Diagnostic  
 a) Diagnostic principal \_\_\_\_\_  
 b) Diagnostic secondaire (le cas échéant) \_\_\_\_\_  
 c) Résultats récents de radiographies, E.C.G. ou autres examens \_\_\_\_\_  
 d) Décrivez les symptômes invalidants empêchant le patient d'occuper son emploi habituel actuellement. Ils sont  temporaires  permanents.  
 \_\_\_\_\_  
 e) Autres affections susceptibles de modifier la durée de l'invalidité \_\_\_\_\_

3. Traitement  
 a) Date de la première visite \_\_\_\_\_ A M J b) Date de la dernière visite \_\_\_\_\_ A M J  
 c) Visites  Hebdomadaires  Mensuelles  Autre fréquence \_\_\_\_\_  
 d) Le patient suit-il les traitements recommandés?  Oui  Non  
 e) Genre de traitement et durée probable, médication (nature et posologie) \_\_\_\_\_

4. Hospitalisation  
 a) Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_  
 b) Hospitalisation du \_\_\_\_\_ A M J au \_\_\_\_\_ A M J  
 c) Description de l'intervention chirurgicale (le cas échéant) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ A M J

5. Incapacité physique  
 a) Le patient est :  Sur pied  Retenu à la maison  Alité  Hospitalisé  
 b) S'il est sur pied ou retenu à la maison, veuillez remplir la section ci-dessous  
 Aucune restriction; apte à toute activité physique  Restriction marquée; travail léger  
 Restriction modérée; travail normal demandant un effort modéré  Restriction complète; aucune forme de travail

6. Troubles nerveux ou psychiques  
 a) Quels sont les symptômes subjectifs et objectifs observés? \_\_\_\_\_  
 b) Quels sont les stressseurs psychosociaux? \_\_\_\_\_  
 c) Le patient a-t-il été dirigé en psychiatrie? (Si oui, nom du médecin) \_\_\_\_\_

7. État cardiaque (si l'invalidité y est liée)  
 a) Capacité fonctionnelle  
 Catégorie 1 (Aucune restriction)  Catégorie 3 (Restriction marquée)  
 Catégorie 2 (Légère restriction)  Catégorie 4 (Restriction complète)  
 b) Tension artérielle (dernière visite) \_\_\_\_\_ Systol./Diastol.

8. Évolution  
 Guéri  Amélioration  Aucune amélioration  Aggravation  Consolidation \_\_\_\_\_ A M J DAP \_\_\_\_\_ %

9. Pronostic  
 a) Le patient peut-il exercer :  
 son emploi?  Oui  Non un autre emploi?  Oui  Non  
 b) Dans la négative, quand devrait-il pouvoir reprendre l'exercice de : \_\_\_\_\_ A M J \_\_\_\_\_ A M J  
 c) Dans l'affirmative, à quelle date aurait-il pu reprendre l'exercice de : \_\_\_\_\_  
 d) Si la date est indéterminée, nombre de semaines ou de mois additionnels jugés nécessaires avant la reprise de : \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Semaines  Jamais \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Semaines  Jamais

10. Réadaptation  
 a) Est-ce que le patient pourrait participer à ou bénéficier d'un programme de réadaptation?  Oui → À compter du : \_\_\_\_\_ A M J  
 b) Si non, quand et pourquoi? \_\_\_\_\_

Remarques \_\_\_\_\_

Nom du médecin (en majuscules) \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_ Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ A M J  
 D' \_\_\_\_\_