

Nom du patient _____ Date de naissance _____
 A M J

1. Antécédents médicaux

a) Date d'apparition des symptômes ou date de l'accident _____ b) Date du début de l'invalidité totale _____
 A M J A M J

c) Ce patient a-t-il déjà souffert d'une affection de ce genre?
 Oui → Si oui, date et description _____ Date _____
 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 _____ b) Date de la dernière visite _____
 A M J 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 _____ au _____
 A M J 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 reliée)

a) Capacité fonctionnelle _____ b) Tension artérielle (dernière visite) _____ Systol./Diastol.
 Catégorie 1 (Aucune restriction) Catégorie 3 (Restriction marquée)
 Catégorie 2 (Légère restriction) Catégorie 4 (Restriction complète)

8. Évolution

Guéri Amélioration Aucune amélioration Aggravation Consolidation _____ DAP _____ %
 A M J

9. Pronostic

a) Le patient peut-il exercer :
 son emploi? Oui Non un autre emploi? Oui Non
 A M J A M J

b) Dans la négative, quand devrait-il pouvoir reprendre l'exercice de : _____
 A M J

c) Dans l'affirmative, à quelle date aurait-il pu reprendre l'exercice de : _____
 A M J

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 _____
 D' A M J