

Déclaration supplémentaire du médecin traitant

Maladie à caractère psychologique

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

IDENTIFICATION DU PATIENT (section à remplir par la personne assurée)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
 N° de police : _____ N° d'assurance-maladie : _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (à remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. DIAGNOSTIC

1.1. Principal: _____ Code CIM-9 : _____
 1.2. Secondaire: _____ Code CIM-9 : _____
 1.3. Veuillez décrire les signes et symptômes actuels 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"/>

2. TRAITEMENT

2.1. Médicaments - nom - posologie : _____

2.2. Votre patient consulte-t-il un: _____ Depuis quand _____ Votre patient est-il suivi : _____ Précisez _____

psychiatre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	dans un centre de traitement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
psychologue	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	dans un CLSC	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
travailleur social	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	dans un hôpital de jour	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
autre intervenant	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	en thérapie de groupe	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
			en thérapie individuelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____

AXE II) Troubles de la personnalité associés ? oui non Précisez : _____
 Problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme associés ou problèmes de jeu ? oui non 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 et (ou) problèmes de jeu	
<input type="checkbox"/> autres, précisez : _____		

AXE V) Échelle générale de fonctionnement (selon l'échelle EGF ou DSM IV (0 à 100) 100 = condition parfaite)
 — au début du traitement : _____ — actuellement : _____

3. SUIVI ET PRONOSTIC

3.1. Date de la dernière consultation : _____ Date de la prochaine consultation : _____
 3.2. Fréquence du suivi : _____
 3.3. Le patient a-t-il été ou sera-t-il référé à un psychiatre ? oui non Nom du médecin : _____
 3.4. Collaboration du patient à son traitement : excellente moyenne médiocre
 3.5. Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles

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

 3.7. Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail ? oui non
 3.8. Considérez-vous que son état s'est amélioré de façon optimale ? oui non
 3.9. Durée approximative de l'incapacité : _____ jours _____ semaines Indéterminée ou date de retour au travail : _____
 3.10. Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? _____ jours _____ semaines
 à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. COMMENTAIRES - Veuillez nous faire part de tout commentaire pouvant nous aider à comprendre l'état de santé de votre patient.

ATTESTATION

Nom, prénom : _____ Téléphone : _____
 Adresse : _____ Télécopieur : _____
 Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____ N° de permis d'exercer : _____
 Signature : _____ Date : _____ jour / mois / année

Déclaration supplémentaire du médecin traitant

Maladie à caractère physique

Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire au recto.

IDENTIFICATION DU PATIENT (section à remplir par la personne assurée)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
N° de police : _____ N° d'assurance-maladie : _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (à remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. DIAGNOSTIC

- 1.1. Principal: _____ Code CIM-9 : _____
1.2. Secondaire: _____ Code CIM-9 : _____
1.3. 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 : _____

- 1.4. 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"/>

2. TRAITEMENT

- 2.1. Médicaments - nom - posologie : _____
2.2. Traitements additionnels (précisez le type et la fréquence) : _____
2.3. Chirurgie (date, nature et intervention) : _____
2.4. Hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
2.5. Consultation d'un spécialiste : oui non **Annexez la copie**

3. SUIVI MÉDICAL ET PRONOSTIC

- 3.1. Date de la dernière consultation : _____ Prochaine consultation : _____
3.2. Tests et examens à venir, précisez : _____
3.3. Fréquence du suivi : _____
3.4. Orientation vers un spécialiste : oui non Nom du médecin : _____
3.5. Date prévue de consultation d'un spécialiste : _____ Spécialité : _____
3.6. 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 _____
3.7. Évolution : progressive stable régressive
3.8. 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. : _____
3.9. Collaboration du patient à son traitement : excellente moyenne médiocre
3.10. Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail ? oui non
3.11. Durée approximative de l'incapacité : _____ jours _____ semaines Indéterminée ou date de retour au travail : _____
3.12. Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? _____ jours _____ semaines
 à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. COMMENTAIRES - Veuillez nous faire part de tout commentaire pouvant nous aider à comprendre l'état de santé de votre patient.

ATTESTATION

Nom, prénom : _____ Téléphone : _____
Adresse : _____ Télécopieur : _____
 Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____ N° de permis d'exercer : _____
Signature : _____ Date : _____ jour / mois / année