

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
N° contrat : \_\_\_\_\_ N° groupe/division : \_\_\_\_\_ N° certificat : \_\_\_\_\_

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

**1. DIAGNOSTIC**

1.1 Principal : \_\_\_\_\_  
1.2 Secondaire : \_\_\_\_\_  
1.3 Veuillez décrire les signes et symptômes avec leur fréquence et préciser 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 : \_\_\_\_\_

**Votre patient consulte-t-il un :** Depuis quand ? **Votre patient est-il suivi :** Précisez :

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

AXE II) Troubles de la personnalité associés : Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_  
Problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme associés ou problèmes de jeu : Non  Oui  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 ou problèmes de jeu	
<input type="checkbox"/> autres – Précisez : _____		

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

**3. SUIVI ET PRONOSTIC**

3.1 Date de la dernière consultation : \_\_\_\_\_ Prochaine consultation : \_\_\_\_\_  
3.2 Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_  
3.3 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre ? : Non  Oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
3.4 Collaboration du patient à son traitement : excellente  moyenne  médiocre   
3.5 Si vous prévoyez que l'absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, précisez les facteurs justifiant votre pronostic.  
\_\_\_\_\_  
3.6 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail ? Non  Oui   
3.7 Considérez-vous que son état s'est amélioré de façon optimale ? Non  Oui   
3.8 Durée approximative de l'incapacité : # jours \_\_\_\_\_ # semaines \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail \_\_\_\_\_  
3.9 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? # jours \_\_\_\_\_ # semaines \_\_\_\_\_  
à temps partiel  à temps plein  retour progressif  Précisez : \_\_\_\_\_

**4. QUESTIONS SPÉCIFIQUES AU CONTRAT**

**5. IDENTIFICATION DU MÉDECIN**

5.1 Nom, prénom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
5.2 N° permis d'exercer : \_\_\_\_\_ Télécopieur : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_  
5.3 Adresse : \_\_\_\_\_  
Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date (A / M / J) : \_\_\_\_\_