

Section B – (À être complétée par un médecin ou dentiste dûment accrédité)

Au médecin:

Les renseignements fournis seront utilisés de manière confidentielle pour gérer l'absence actuelle de notre l'employé(e) et évaluer son admissibilité aux prestations d'invalidité. Les meilleures pratiques reconnaissent qu'il est dans le meilleur intérêt de l'employé(e) de reprendre le travail dès que possible du point de vue médical, et ce même à temps partiel ou avec des mesures d'accommodement mise en place. L'entreprise s'efforcera de trouver des affectations temporaires ou des mesures d'accommodements appropriées en tenant compte des limitations de l'employé(e).

1. Nom du (de la) patient(e): _____ Taille: _____ (si pertinent) Poids: _____ (si pertinent)
2. Diagnostic(s) de l'invalidité actuelle (s'il s'agit d'un problème de santé mentale, utiliser la nomenclature du DSM-5):
- A) Principal: _____ B) Secondaire: _____ (si pertinent)
- C) Date de la première visite: _____ / _____ / _____ Dernière visite: _____ / _____ / _____ Prochaine visite: _____ / _____ / _____
Année Mois Jour Année Mois Jour Année Mois Jour
- D) A-t-il(elle) déjà souffert de la même condition ou d'une condition similaire? (Si oui, quand et veuillez décrire)
- E) À votre connaissance, quand les symptômes ont-ils débuté?
- F) Si le (la) patient(e) souffre d'hypertension reliée à son absence actuelle, fournir les trois dernières lectures:
- _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____
Première Année Mois Jour Deuxième Année Mois Jour Troisième Année Mois Jour
- G) Si l'affection résulte d'une complication de grossesse, indiquer la date prévue de l'accouchement: _____ / _____ / _____
Année Mois Jour
3. Le diagnostic est-il:
- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| Relié au travail | Non relié au travail | Accident de véhicule motorisé |
| <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> |
4. Traitement
- A) Nature et fréquence des traitements institués:
- B) Nature et posologie de la médication reliée à l'absence actuelle:
- C) Résultats des examens de laboratoire et/ou de radiologie pertinents:
- D) Si le (la) patient(e) a été référé(e) en spécialité relativement à l'absence actuelle, indiquer la date de référence, le nom du spécialiste et la spécialité:
- _____ / _____ / _____ Nom du spécialiste _____ Spécialité _____
Année Mois Jour
- E) S'il y a eu hospitalisation, indiquer la raison et la période:
- F) S'il y a eu intervention chirurgicale ou si elle est prévue, indiquer la nature et la date: _____ / _____ / _____
Année Mois Jour
5. Degré d'invalidité
- A) Selon vous, votre patient(e) est-il(elle) totalement incapable d'accomplir toutes les tâches habituelles de son emploi? Oui Non
Si oui, dites pourquoi: _____ Sinon, veuillez préciser les tâches qu'il(elle) ne peut accomplir: _____
- B) Selon vous, votre patient(e) est-il(elle) en mesure d'occuper un autre emploi? Oui Non
Si oui, veuillez préciser la nature de ses limitations fonctionnelles ou de ses restrictions de travail: _____
Quelle est la durée d'application des limitations fonctionnelles ou restrictions de travail? _____
- C) Avez-vous un plan de retour au travail progressif à proposer? Oui Non
Si oui, quel est-il? _____
- D) Quand prévoyez-vous que votre patient sera en mesure de reprendre son emploi régulier? _____ / _____ / _____
Année Mois Jour
- E) Si vous prévoyez que cette absence du travail se prolonge au-delà d'une période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant la prolongation: _____
- F) Votre patient(e) pourrait-il bénéficier d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Oui Non
Si oui, précisez: _____

Nom du médecin: _____ Signature: _____ Date: _____ / _____ / _____
Spécialité: _____ N° licence: _____ Année Mois Jour

Courriel: _____ N° télécopieur: _____ N° tél.: _____