



7. Veuillez décrire les symptômes associés à votre blessure/accident ou maladie, ainsi que la sévérité de chacun. Décrivez comment ces symptômes ont un impact sur votre capacité d'accomplir les tâches reliées à votre emploi.

8. Veuillez donner des détails quant aux discussions ou arrangement avec votre employeur concernant un retour au travail ou un accommodement que celui-ci pourrait vous accorder (ex. télétravail).

9. Avez-vous une date prévue de retour au travail?  Oui  Non si oui, quelle est la date prévue?:

Année Mois Jour

10. Avez-vous d'autres problèmes de santé qui pourraient affecter votre récupération (ex. diabète, troubles cardiaques, maladies respiratoires, etc.)? Veuillez élaborer.

11. Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire ou complications : \_\_\_\_\_

Si vous êtes enceinte: - La date d'accouchement ou celle prévue : \_\_\_\_\_  par voie vaginale  par césarienne

Année Mois Jour

12. Votre condition est-elle reliée à un accident de travail ou une maladie professionnelle ?  Oui  Non Si oui, date de l'événement : \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

13. Votre condition est-elle reliée à un accident automobile?  Oui  Non Si oui, date de l'événement : \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

14. Avez-vous été hospitalisé pour cette condition?  Oui  Non Si oui, indiquez la date de votre admission : \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

\*\*\* Si vous avez été hospitalisé pour cette condition, veuillez fournir tout document qui vous a été remis lors de votre congé de l'hôpital.

15. Date du congé de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

16. Avez-vous subi une chirurgie pour cette condition?  Oui  Non Si oui, veuillez indiquer la date et décrire le type de chirurgie

Date : \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

Description : \_\_\_\_\_

17. Détail du traitement (ex. médication, dose, etc.)

