



## 2) Symptômes, tels que décrits par le patient

Veillez décrire les symptômes actuels du patient (fréquence, gravité) : \_\_\_\_\_

---

---

---

## 3) Résultats cliniques et observations

Veillez décrire l'effet de la condition sur les points suivants :

	Sans effet	Léger	Modéré	Important
Apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énergie/Vigueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration/Attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affect/Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autocritique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations à l'appui de ce qui précède : \_\_\_\_\_

---

---

---

## 4) Facteurs qui compliquent la situation

Veillez indiquer tous les facteurs susceptibles d'avoir contribué au(x) problème(s) clinique(s) et de se répercuter sur la convalescence du patient :

- |   |  |  |                                 |
|---|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Difficultés au travail   | <input type="checkbox"/> Difficultés sociales/familiales | <input type="checkbox"/> Difficultés d'ordre financier/juridique   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Condition physique       | <input type="checkbox"/> Alcoolisme/Toxicomanie          | <input type="checkbox"/> Effets secondaires d'un ou de médicaments |                                 |
| <input type="checkbox"/> Perception de la douleur | <input type="checkbox"/> Difficultés d'adaptation        | <input type="checkbox"/> Personnalité/Manque de motivation         | <input type="checkbox"/> Autres |

Veillez préciser :

---

---

---

---

Veillez décrire le soutien en place ou prévu pour aider le patient face à ces difficultés :

---

---

---

---

---

---

---

## 5) Examens

Veillez joindre au présent questionnaire une copie de tous les documents pertinents :

- résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué)
- rapports de consultation

Le patient est-il en attente de tests/d'examens/de consultations?  Oui  Non Date prévue du rapport | A | A | A | A | M | M | J | J |

Le patient a-t-il rendez-vous dans un avenir rapproché avec un ou plusieurs spécialistes?  Oui  Non

Nom du spécialiste	Spécialité	Date du rendez-vous
1. _____	_____	A   A   A   A   M   M   J   J
2. _____	_____	A   A   A   A   M   M   J   J

Motif de la demande de consultation : \_\_\_\_\_

L'un des permis du patient a-t-il fait l'objet de restrictions ou a-t-il été révoqué?  Oui  Non  Je ne sais pas

Dans l'affirmative, quand? | A | A | A | A | M | M | J | J | Type de permis : \_\_\_\_\_

## 6) Médicaments (veuillez continuer la liste sur une feuille distincte si vous manquez d'espace)

Nom du médicament	Posologie initiale et date de la première prise	Posologie et date dans le dernier cas	Réponse
		A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	

## 7) Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé?  Oui  Non

Une hospitalisation est-elle prévue?  Oui  Non

Date d'admission

Date de sortie

Nom de l'établissement

1. | A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | \_\_\_\_\_

2. | A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | \_\_\_\_\_

## 8) Précisions sur le traitement – Thérapie psychologique (cognitivo-comportementale, pour toxicomanie/alcoolisme, de groupe, familiale, conjugale, en hôpital de jour, etc.)

Type de traitement	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement	Fréquence des séances	Date de la dernière séance	Réponse
		A   A   A   A   M   M   J   J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A   A   A   A   M   M   J   J	

## 9) Précisions sur le traitement – Traitements additionnels pour troubles physiques connus

(physiothérapie, chiropratique, autre technique de réadaptation, etc.)

Type de traitement	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement	Fréquence des séances	Date de la dernière séance	Réponse
		A   A   A   A   M   M   J   J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A   A   A   A   M   M   J   J	
		A   A   A   A   M   M   J   J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A   A   A   A   M   M   J   J	

## 10) Réponse globale au traitement

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent?  Réponse optimale  Réponse partielle  
 Aucune réponse  Trop tôt pour se prononcer

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé?  Oui  Non

Veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prévoyez-vous modifier ou intensifier le programme de traitement actuel?  Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 11) Pronostic et rétablissement

Quels sont les objectifs de retour au travail dont vous avez discuté avec le patient? Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient : \_\_\_\_\_

Veuillez fournir tout autre renseignement qui nous aidera à comprendre l'état de santé actuel du patient, les objectifs de rétablissement et le pronostic.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Avis au médecin

Les renseignements figurant dans le présent formulaire seront versés à un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou de l'administrateur du régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi.

Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_ Date de signature : A | A | A | A | M | M | J | J  
(en caractères d'imprimerie)

Spécialité du médecin \_\_\_\_\_ Numéro permis d'exercer : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
Rue Ville Province Code Postal

Téléphone (avec indicatif régional) : \_\_\_\_\_ Télécopieur (avec indicatif régional) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_