

## Questionnaire du médecin traitant – Troubles mentaux

| Partie A  |  |   |                                     | Renseignements sur le participant au régime/salarié et consentement<br>À REMPLIR PAR LE PATIENT |  |                                |  |
|---|--|---|-------------------------------------|---|--|--------------------------------|--|
| Nom du participant/salarié (nom de famille, prénom)   |  |   | Téléphone (avec indicatif régional) |   | Adresse courriel                               |                                |  |
| Adresse (rue, ville, province, code postal)   |  |   |                                     |   |  |                                |  |
| Nom de l'employeur  |  |   | Numéro du contrat                   |   | Numéro du certificat du participant            | Date de naissance (jj/mm/aaaa) |  |
| Dernier jour de travail (jj/mm/aaaa)  |  | Date réelle du retour au travail, ou date prévue du retour au travail si elle est connue (jj/mm/aaaa) |                                     |   | Indiquez vos :<br>Taille : _____ Poids : _____ |                                |  |
| <p>J'autorise par la présente la communication à _____ (société d'assurances) ou à ses mandataires des renseignements médicaux et sur ma santé figurant dans mon dossier pour l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et pour l'administration du régime. Les renseignements médicaux et sur la santé comprennent, sans toutefois s'y limiter, copie de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers d'hospitalisation. Il est entendu que je peux révoquer mon consentement en tout temps, mais que sans celui-ci ma demande de prestations pourrait ne pas être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir le présent formulaire sont à ma charge. Une copie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original. <b>Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.</b></p> |  |   |                                     |   |  |                                |  |
| Signature du participant/salarié  |  |   |                                     |   | Date du consentement (jj/mm/aaaa)              |                                |  |
| Partie B  |  |   |                                     | Questionnaire du médecin traitant<br>À REMPLIR PAR LE MÉDECIN                                   |  |                                |  |
| Je suis : le médecin traitant <input type="checkbox"/> un spécialiste-conseil <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> (préciser) _____  |  |   |                                     |   |  |                                |  |
| <b>VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES.</b>   |  |   |                                     |   |  |                                |  |
| <b>1) Diagnostic</b>  |  |   |                                     |   |  |                                |  |
| Diagnostic primaire : _____   |  |   |                                     |   |  |                                |  |
| Diagnostic secondaire : _____   |  |   |                                     |   |  |                                |  |
| Le trouble est-il lié : à une maladie professionnelle ou à un accident du travail? <input type="checkbox"/> à un accident de la route? <input type="checkbox"/>   |  |   |                                     |   |  |                                |  |
| Dans l'affirmative, indiquez la date. (jj/mm/aaaa) _____  |  |   |                                     |   |  |                                |  |
| Précisions : _____  |  |   |                                     |   |  |                                |  |
| Date de votre première consultation avec le patient relativement à ce trouble (jj/mm/aaaa) _____  |  |   |                                     | Date du premier jour d'absence du travail en raison de ce trouble (jj/mm/aaaa) _____            |  |                                |  |
| Le patient a-t-il déjà été traité pour le même trouble ou pour un trouble semblable? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  |  |   |                                     |   |  |                                |  |
| Dans l'affirmative, précisez la date. (jj/mm/aaaa) _____ Indiquez par qui. _____  |  |   |                                     |   |  |                                |  |
| Avez-vous rempli récemment d'autres formulaires de demande de prestations d'invalidité relativement à ce patient? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   |  |   |                                     |   |  |                                |  |
| Dans l'affirmative, qui en a fait la demande? (autre assureur, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) _____   |  |   |                                     |   |  |                                |  |

## 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 du trouble 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 :

- Difficultés au travail       Difficultés sociales/familiales       Difficultés d'ordre financier/juridique  
 Affection physique       Alcoolisme/Toxicomanie       Effets secondaires d'un ou de médicaments  
 Perception de la douleur       Difficultés d'adaptation       Personnalité/Manque de motivation       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) – **ne pas fournir de résultats de tests génétiques**
- rapports de consultation

Le patient est-il en attente de tests/d'examens/de consultations? Oui  Non  Date prévue du rapport (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

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 (jj/mm/aaaa) |
|--------------------|------------|----------------------------------|
| 1. _____           | _____      | _____                            |
| 2. _____           | _____      | _____                            |

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

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis frappé de restrictions ou révoqué par suite de ce trouble? Oui  Non  Je ne sais pas

Dans l'affirmative, quand? (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ 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 (jj/mm/aaaa) | Posologie actuelle et date du changement, le cas échéant (jj/mm/aaaa) | Réponse |
|-------------------|--|---|---------|
|                   |  |   |         |
|                   |  |   |         |
|                   |  |   |         |
|                   |  |   |         |
|                   |  |   |         |
|                   |  |   |         |

## 7) Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? Oui  Non  Une hospitalisation est-elle prévue? Oui  Non

| Date d'admission (jj/mm/aaaa) | Date de sortie (jj/mm/aaaa) | Nom de l'établissement |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 1. _____                      | _____                       | _____                  |
| 2. _____                      | _____                       | _____                  |

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

| Type de thérapie | Nom du fournisseur ou de l'établissement | Date du début du traitement (jj/mm/aaaa) | Fréquence des séances   | Date de la dernière séance (jj/mm/aaaa) | Réponse |
|------------------|--|--|---|---|---------|
|                  |  |  | Hebdomadaire <input type="checkbox"/><br>Mensuelle <input type="checkbox"/><br>Autre <input type="checkbox"/> |   |         |
|                  |  |  | Hebdomadaire <input type="checkbox"/><br>Mensuelle <input type="checkbox"/><br>Autre <input type="checkbox"/> |   |         |
|                  |  |  | Hebdomadaire <input type="checkbox"/><br>Mensuelle <input type="checkbox"/><br>Autre <input type="checkbox"/> |   |         |
|                  |  |  | Hebdomadaire <input type="checkbox"/><br>Mensuelle <input type="checkbox"/><br>Autre <input type="checkbox"/> |   |         |

**9) Précisions sur le traitement – Traitement simultané pour troubles physiologiques connus** (physiothérapie, chiropratique, autre technique de réadaptation, etc.)

| Type de traitement | Nom du fournisseur ou de l'établissement | Date du début du traitement (jj/mm/aaaa) | Fréquence des séances   | Date de la dernière séance (jj/mm/aaaa) | Réponse |
|--------------------|--|--|---|---|---------|
|                    |  |  | Hebdomadaire <input type="checkbox"/><br>Mensuelle <input type="checkbox"/><br>Autre <input type="checkbox"/> |   |         |
|                    |  |  | Hebdomadaire <input type="checkbox"/><br>Mensuelle <input type="checkbox"/><br>Autre <input type="checkbox"/> |   |         |
|                    |  |  | Hebdomadaire <input type="checkbox"/><br>Mensuelle <input type="checkbox"/><br>Autre <input type="checkbox"/> |   |         |
|                    |  |  | Hebdomadaire <input type="checkbox"/><br>Mensuelle <input type="checkbox"/><br>Autre <input type="checkbox"/> |   |         |

**10) Réponse globale au traitement**

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

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui  Non   
 Veuillez préciser. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Prévoit-on 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 (en caractères d'imprimerie) | Spécialité du médecin | Date de signature (jj/mm/aaaa)   |
| Adresse  |                       | Téléphone (avec indicatif régional)<br>Télécopieur (avec indicatif régional) |
| Signature ou tampon                                  |                       |  |