



DÉCLARATION DU MÉDECIN (formulaire préétabli)

RESTO-CASINO
HÔTELLERIE ET RESTAURATION

Service de santé du Casino de Montréal
1, avenue du Casino
Montréal (Québec) H3C 4W7
Tél. : (514) 392-2746, poste 4407
Fax : (514) 392-2689

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé : _____	N° d'employé : _____
Date de naissance : _____ / _____ / _____ <small>AA MM JJ</small>	N° de téléphone : () _____

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN

Veillez, s'il vous plaît, compléter ce formulaire et le remettre à votre patient.

1) HISTOIRE DE LA MALADIE

- a) Diagnostic : _____
- b) Symptômes subjectifs : _____
- c) Symptômes objectifs : _____

Date de l'apparition des premiers symptômes : _____ / _____ / _____
AA MM JJ

d) Date de la première visite : _____ / _____ / _____
AA MM JJ

e) Date de la dernière visite : _____ / _____ / _____
AA MM JJ

f) Date de la prochaine visite : _____ / _____ / _____
AA MM JJ

g) Date où la maladie ou l'accident a obligé le patient à cesser de travailler : _____ / _____ / _____
AA MM JJ

h) Le patient a-t-il déjà souffert de cette même maladie ou d'une maladie similaire? Non Oui

Si oui, indiquer la date et fournir des explications : _____

- i) L'affection est-elle : attribuable à une maladie
- consécutive à un accident d'automobile ou à un acte criminel
- Date de l'événement : _____ / _____ / _____
AA MM JJ
- reliée à la grossesse
- Date prévue de l'accouchement : _____ / _____ / _____
AA MM JJ
- consécutive à un accident personnel

Nature de l'accident : _____

2) TRAITEMENT

a) Énumérer les médicaments actuellement prescrits et la posologie : _____

b) Le patient suit-il une thérapie? Non Oui

Si oui, indiquer le type (physiothérapie, psychothérapie, etc.) _____

c) Résumé de la réaction du patient au traitement : stable amélioré détérioré

2) TRAITEMENT (suite)

d) Si le patient a été hospitalisé, indiquer le nom de l'hôpital ou de l'établissement et les dates d'hospitalisation.

DU / / AU / /
AA MM JJ AA MM JJ

Intervention chirurgicale? Non Oui Si oui, subie prévue Date : / /
AA MM JJ

Nature de la chirurgie: _____

3) PRONOSTIC

a) Votre patient est-il totalement inapte à tout emploi ? Oui Non

b) Avez-vous discuté d'un plan de retour au travail avec votre patient? Oui Non

c) Date à laquelle l'employé serait en mesure de reprendre le travail : / /
AA MM JJ

Sans restriction

Avec restrictions: _____

VEUILLEZ S.V.P. COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES

Nom du médecin Numéro de pratique () _____ Téléphone

Adresse () _____ Télécopieur

Ville Code postal

Signature du médecin AA / MM / JJ

AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ

Je consens à ce que tous les renseignements pertinents à la présente réclamation soient transmis au médecin-conseil de la Société des casinos du Québec inc.

Signature de l'employé AA / MM / JJ

NOTE À L'EMPLOYÉ

- La déclaration du médecin doit être remise au Service de santé du Casino de Montréal au plus tard à la cinquième (5e) journée de l'absence.
- Dans le cas d'une réclamation à la CSST, les honoraires ne sont pas remboursés.