

## DÉCLARATION DU MÉDECIN FORMULAIRE PRÉÉTABLI – ABSENCE/ASSURANCE INVALIDITÉ

SERVICE DE SANTÉ DU CASINO DE MONTRÉAL, 1, AVENUE DU CASINO, MONTRÉAL (QUÉBEC) H3C 4W7  
TÉLÉPHONE : 514 392-0909, POSTE 4407, TÉLÉCOPIEUR : 514 392-2689, infirmieres.formulaires@casino.qc.ca

### À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ (EN LETTRES MAJUSCULES)

NOM DE L'EMPLOYÉ		N° DE L'EMPLOYÉ
DATE DE NAISSANCE <small>ANNÉE / MOIS / JOUR</small>	HORAIRE	TÉLÉPHONE
TITRE D'EMPLOI	COURRIEL	AUTRE TÉLÉPHONE

### À REMPLIR PAR LE MÉDECIN (EN LETTRES MAJUSCULES)

**VEUILLEZ SVP REMPLIR CE FORMULAIRE ET LE REMETTRE AU PATIENT.**

#### 1) DIAGNOSTIC

A) PRINCIPAL \_\_\_\_\_

B) SECONDAIRE (EN LIEN AVEC L'ABSENCE S'IL Y A LIEU) \_\_\_\_\_

C) DESCRIPTION DES SYMPTÔMES ET LEUR DEGRÉ DE GRAVITÉ (L = LÉGER, M = MOYEN, I = INTENSE)

SIGNES SUBJECTIFS	L	M	I	SIGNES OBJECTIFS	L	M	I
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D) DATE DE L'APPARITION DES PREMIERS SYMPTÔMES

ANNÉE / MOIS / JOUR

E) DATE À LAQUELLE LA MALADIE OU L'ACCIDENT A OBLIGÉ LE PATIENT À CESSER DE TRAVAILLER

ANNÉE / MOIS / JOUR

F) DATE DE LA VISITE

ANNÉE / MOIS / JOUR

G) DATE DE LA PROCHAINE VISITE

ANNÉE / MOIS / JOUR

H) LE PATIENT A-T-IL DÉJÀ SOUFFERT DE CETTE MALADIE OU D'UNE MALADIE SIMILAIRE?  OUI  NON  
SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LES DATES ET FOURNIR DES PRÉCISIONS. \_\_\_\_\_

I) L'AFFECTION EST-ELLE :

ATTRIBUABLE À UNE MALADIE

RELIÉE À DES STRESSEURS PSYCHOSOCIAUX (À REMPLIR SEULEMENT POUR LES MALADIES À CARACTÈRE PSYCHOLOGIQUE)

CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT PERSONNEL / NATURE DE L'ACCIDENT \_\_\_\_\_

CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT D'AUTOMOBILE ANNÉE / MOIS / JOUR  OU À UN ACTE CRIMINEL ANNÉE / MOIS / JOUR

RELIÉE À LA GROSSESSE DATE PRÉVUE DE L'ACCOUCHEMENT ANNÉE / MOIS / JOUR

#### 2) TRAITEMENT

A) MÉDICAMENT – NOM ET POSOLOGIE \_\_\_\_\_

B) DATE DE DÉBUT DE LA MÉDICATION OU D'AJUSTEMENT DE LA POSOLOGIE ANNÉE / MOIS / JOUR

C) TRAITEMENTS ADDITIONNELS PRESCRITS \_\_\_\_\_

D) DIRIGÉ VERS UN MÉDECIN SPÉCIALISTE \_\_\_\_\_

ANNÉE / MOIS / JOUR

E) EXAMENS OU TESTS, PRÉCISEZ (VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DES RÉSULTATS)

OUI  NON \_\_\_\_\_

F) CHIRURGIE, NATURE DE L'INTERVENTION ET DATE

OUI  NON \_\_\_\_\_

ANNÉE / MOIS / JOUR

G) HOSPITALISATION

OUI  NON

DU ANNÉE / MOIS / JOUR AU ANNÉE / MOIS / JOUR

H) ÉTAT GÉNÉRAL DU PATIENT :  STABLE  AMÉLIORÉ  DÉTÉRIORÉ

» » » **IMPORTANT** « « «

LA SOCIÉTÉ DES CASINOS DU QUÉBEC INC. ENCOURAGE LE MAINTIEN EN EMPLOI ET LA RÉADAPTATION DE L'EMPLOYÉ EN LUI PROPOSANT DE L'ASSISTANCE, DE MÊME QUE DES TÂCHES OU UN HORAIRE MODIFIÉS OU ALLÉGÉS POUR QU'IL PUISSE REPRENDRE LE TRAVAIL DÈS QUE POSSIBLE SUR LE PLAN MÉDICAL. COMPTE TENU DES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS NOUS DONNEZ, NOUS DÉTERMINERONS LES POSSIBILITÉS DE RÉINTÉGRER PROGRESSIVEMENT LE PATIENT À SON POSTE HABITUEL OU LES POSSIBILITÉS D'UNE AFFECTATION TEMPORAIRE À D'AUTRES TÂCHES.

**3) PRONOSTIC ET CAPACITÉS FONCTIONNELLES**

LE PATIENT EST EN MESURE D'EFFECTUER SON **TRAVAIL HABITUEL** ?

NON

OUI -----> A) À PARTIR DE QUELLE DATE ANNÉE / MOIS / JOUR

B) UN RETOUR AU TRAVAIL PROGRESSIF EST-IL NÉCESSAIRE?  NON  OUI

SI OUI, LE DÉFINIR \_\_\_\_\_

LE PATIENT EST EN MESURE D'EFFECTUER UN **TRAVAIL LÉGER** ?

NON, IL EST TOTALEMENT INAPTE À **TOUT EMPLOI**

OUI -----> A) QUELLES SONT LES RESTRICTIONS QU'IL DOIT OBSERVER ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B) À PARTIR DE QUELLE DATE ANNÉE / MOIS / JOUR DURÉE

C) UN RETOUR AU TRAVAIL PROGRESSIF EST-IL NÉCESSAIRE?  NON  OUI

SI OUI, LE DÉFINIR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

À QUELLE DATE LE PATIENT SERA-T-IL EN MESURE DE REPRENDRE SON **TRAVAIL HABITUEL** ? ANNÉE / MOIS / JOUR

**4) RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN**

NOM DU MÉDECIN	NUMÉRO DE PRATIQUE	TÉLÉPHONE
ADRESSE	NOM DE LA CLINIQUE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	
VILLE		CODE POSTAL
SIGNATURE DU MÉDECIN	ANNÉE / MOIS / JOUR	TÉLÉCOPIEUR

**5) AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ**

J'autorise le médecin à communiquer et à échanger tout renseignement pertinent pour la présente réclamation au personnel du service de santé ou au médecin-conseil de la Société des casinos du Québec inc. pour étudier et évaluer ma demande de réclamation pour invalidité ou restriction médicale. Cette autorisation restera en vigueur pendant toute la prédiode de mon invalidité ou la durée nécessaire à la gestion de ma restriction médicale. Je conviens que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

ANNÉE / MOIS / JOUR

**NOTE À L'EMPLOYÉ**

La déclaration du médecin doit être remise au service de santé du Casino de Montréal au plus tard la cinquième (5<sup>e</sup>) journée de l'absence. Dans le cas d'une réclamation à la CNESST, les honoraires de ce formulaire ne sont pas remboursés.