

DÉCLARATION DU MÉDECIN

FORMULAIRE PRÉÉTABLI

ABSENCE/ASSURANCE INVALIDITÉ

COURRIEL : invalidites@loto-quebec.com – TÉLÉPHONE : 514 392-0909, POSTE 4407 – TÉLÉCOPIEUR : 514 392-2689
 ADRESSE POSTALE : 1, AVENUE DU CASINO, MONTRÉAL (QUÉBEC) H3C 4W7

À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ (EN LETTRES MAJUSCULES)

NOM DE L'EMPLOYÉ		N° DE L'EMPLOYÉ
DATE DE NAISSANCE ANNÉE / MOIS / JOUR	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
_____	☐	☐	☐	_____	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐	_____	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐	_____	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐	_____	☐	☐	☐

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** « « «

LOTO-QUÉBEC 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	TÉLÉCOPIEUR	
ANNÉE / MOIS / JOUR		

5) AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ

J'autorise le médecin à communiquer et à échanger tout renseignement pertinent pour la présente réclamation avec le personnel responsable de la gestion des invalidité pour étudier et évaluer ma demande de réclamation pour invalidité ou restriction médicale. Cette autorisation restera en vigueur pendant toute la période 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 traitant doit être transmise par courriel à invalidites@loto-quebec.com. Dans le cas d'une réclamation à la CNESST, les honoraires de ce formulaire ne sont pas remboursés.