

- Directives:**
1. Veuillez écrire en caractères d'imprimerie.
  2. La partie 1 doit être remplie par le patient.
  3. La partie 2 doit être remplie par le médecin.
  4. Il incombe au patient d'acquitter tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire.

## Partie 1 : Autorisation du patient

Nom :		Date de naissance : (jj-mm-aa)	
Notre référence :			
Par la présente, je soussigné(e), _____ autorise la divulgation à mon assureur de tout renseignement lié à la présente demande de règlement, y compris les rapports de consultations et les résultats d'examens.			
Signature du patient		Date (jj-mm-aa)	

## Partie 2 : Déclaration du médecin traitant

<b>Diagnostic principal</b> (veuillez utiliser les critères du DSM IV pour les troubles psychiatriques / mentaux) :			
<b>Autres troubles ou complications :</b>			
<b>Symptômes subjectifs</b> (y compris la gravité et la fréquence) :		<b>Résultats actuels de l'EGF</b> (évaluation globale du fonctionnement)	
<b>Constatations objectives lors de l'examen :</b>			
Date de la dernière consultation (jj mm aa)		Dates d'admission à l'hôpital et du congé (jj mm aa)	
<b>Médicaments prescrits actuellement et leur posologie :</b>			
Nom			
Dose initiale			
Dose actuelle			
Date du dernier changement de posologie			
<b>Autres traitements</b> (p. ex., physiothérapie, consultation, etc.) :			
<b>Plans de traitement futurs</b> (p. ex., imagerie par résonance magnétique, chirurgies, références en attente) :			

Nom :		Date de naissance : (jj-mm-aa)	
-------	--	--------------------------------	--

Date prévue de rétablissement / du retour au travail : (jj-mm-aa)

À l'heure actuelle, votre patient peut-il effectuer un retour au travail progressif ou reprendre tout autre emploi?

Pronostic de rétablissement :

<i>Limitations fonctionnelles actuelles</i>				
Capacité :	Degré de restriction			
	Aucun	Léger	Modéré	Grave
Cognitive				
Langagière				
Auditive				
Visuelle				
Psychologique				
Sensorielle				
Motrice				

Activité :	Degré de restriction	
	Durée / Poids	Fréquence
Conduire		
Marcher		
Se tenir debout		
Grimper		
S'asseoir		
Se pencher		
Soulever des objets		
Dextérité		

Commentaires supplémentaires :

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Spécialité :	Téléphone :
Adresse		
Signature du médecin		Date (jj-mm-aa)