



**TROUBLE PSYCHIATRIQUE** (s'il y a lieu) **Veillez donner des précisions sur chaque axe, à l'aide des critères du DSM-IV-TR. Veillez également décrire les symptômes, la gravité, la fréquence, et les résultats de tous les tests médicaux ou psychologiques à l'appui de chaque axe :**

**Axe I** \_\_\_\_\_

**Axe II** \_\_\_\_\_

**Axe III** \_\_\_\_\_

**Axe IV** \_\_\_\_\_

**Axe V** \_\_\_\_\_ **Résultat de l'évaluation globale de fonctionnement (EGF) :** \_\_\_\_\_

**Veillez énumérer les symptômes qui limitent actuellement les activités et les fonctions :** \_\_\_\_\_

**Résultat de l'EGF le plus élevé au cours de la dernière année :** \_\_\_\_\_

**Résultat de l'EGF le moins élevé au cours de la dernière année :** \_\_\_\_\_

**ÉVALUATION DE L'ÉTAT MENTAL :**

	<b>DATE (JJ / MM / AAAA)</b>	<b>NORMAL / ANORMAL</b>	<b>DESCRIPTION</b>
Faciès			
Comportement			
Parole			
Affect			
Humeur			
Cognition			
Intuition			
Judgement			
Autre			

Événements déclencheurs : \_\_\_\_\_

Problèmes professionnels : \_\_\_\_\_

Changement touchant les activités de la vie quotidienne : \_\_\_\_\_

Les symptômes du patient sont-ils attribuables à la consommation de drogues ou d'alcool ?    Oui     Non

Dans l'affirmative, le patient est-il inscrit à un programme de désintoxication ?    Oui     Non

Dans l'affirmative, précisez l'établissement : \_\_\_\_\_

Date de l'admission et du congé (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

**Partie 3 : ANTÉCÉDENTS ET CONCLUSIONS**

Date de la première manifestation des symptômes : \_\_\_\_\_ (JJ / MM / AAAA)

Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection similaire ?    Oui     Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser le diagnostic et la date des traitements : \_\_\_\_\_

Décrivez les symptômes actuels : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation pour ces symptômes : \_\_\_\_\_ (JJ / MM / AAAA)

L'affection du patient est-elle le résultat d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ?    Oui     Non

Dans l'affirmative, votre bureau a-t-il fait parvenir des documents à l'appui d'une demande de règlement pour cette affection à la CSPAAT, à la CSST ou à tout autre organisme de santé et de sécurité au travail au nom de votre patient ?  
Oui     Non

Avez-vous rempli des formulaires à la demande de l'assureur automobile ?    Oui     Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de l'assureur \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_

Veillez inscrire le nom des médecins qui ont évalué ou qui évalueront les problèmes de santé **et joindre une copie de tout rapport de consultation disponible :** \_\_\_\_\_

## Partie 4 : TRAITEMENT

Date de la consultation la plus récente : \_\_\_\_\_ (JJ / MM / AAAA)

Fréquence des consultations : Hebdomadaire  Mensuelle  Autre  Si autre, précisez : \_\_\_\_\_

Votre patient a-t-il été hospitalisé ? Oui  Non

Dans l'affirmative, le patient a été hospitalisé à \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Traitement sans hospitalisation : Oui  Non

Dans l'affirmative, les soins lui ont été prodigués à \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Traitement : Inscrivez les renseignements sur tous les traitements reçus jusqu'à ce jour et sur le plan de traitement futur, y compris les interventions chirurgicales : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

Décrivez la réponse au traitement reçu jusqu'à ce jour : Aucune réponse  Réponse modérée  Excellente réponse

Décrivez toute complication qui pourrait prolonger le rétablissement (effets secondaires du traitement / autre) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le patient suit-il le plan de traitement qui lui a été recommandé ? Oui  Non  Si non, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### MÉDICAMENTS :

Nom du médicament	Date de l'ordonnance (JJ / MM / AAAA)	Réponse Posologie	Réponse initiale	Effets secondaires	Date du dernier changement de la posologie (JJ / MM / AAAA)	Fin de la prise du médicament (JJ / MM / AAAA)

Quel est votre pronostic ?

Rétablissement sans déficience (perte de fonction)      Nombre de semaines \_\_\_\_\_

Stabilisation avec persistance de la déficience      Nombre de semaines \_\_\_\_\_

Stabilisation d'une durée inconnue

Déficience permanente

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Partie 5 : CAPACITÉS FONCTIONNELLES** Veuillez indiquer les capacités physiques actuelles de votre patient :

**Tâches sédentaires** : Efforts physiques occasionnels et / ou efforts physiques négligeables, fréquents ou constants, dans le but de soulever, transporter, pousser, tirer ou déplacer de quelque autre façon des charges, y compris le corps humain, ayant un poids maximal de 10 livres (4,5 kg), en position assise, mais la personne peut aussi marcher ou rester debout pendant une courte période. Les tâches sont sédentaires s'il n'est nécessaire de marcher et de rester debout qu'à l'occasion et que les autres critères relatifs à la sédentarité sont respectés.

**Tâches légères** : Efforts physiques occasionnels dans le but de déplacer des charges maximales de 20 livres (9,1 kg) et / ou efforts physiques fréquents ou négligeables constants dans le but de déplacer des charges maximales de 10 livres (4,5 kg). Les efforts physiques sont supérieurs à ceux des tâches sédentaires. En général, les tâches légères requièrent que la personne marche ou reste debout pendant un certain temps. Toutefois, si l'utilisation des bras et / ou des jambes exige un effort physique supérieur à celui exigé dans le cas des tâches sédentaires et que le travailleur reste assis la plupart du temps, le poste est classé dans les tâches légères.

**Tâches moyennes** : Efforts physiques occasionnels dans le but de déplacer des charges maximales de 50 livres (22,7 kg) et / ou efforts physiques fréquents dans le but de déplacer des charges maximales de 25 livres (11,3 kg) et / ou efforts physiques constants dans le but de déplacer des charges maximales de 10 livres (4,5 kg).

**Tâches lourdes** : Efforts physiques occasionnels dans le but de déplacer des charges maximales de 100 livres (45,4 kg) et / ou efforts physiques fréquents dans le but de déplacer des charges maximales de 50 livres (22,7 kg) et / ou efforts physiques constants dans le but de déplacer des charges maximales de 20 livres (9,1 kg).

**Tâches très lourdes** : Efforts physiques occasionnels dans le but de déplacer des charges pesant plus de 100 livres (45,4 kg) et / ou efforts physiques fréquents dans le but de déplacer des charges maximales de 50 livres (22,7 kg) et / ou efforts physiques constants dans le but de déplacer des charges maximales de 20 livres (9,1 kg).

Quels sont les obstacles au retour au travail, s'il y a lieu ? \_\_\_\_\_

À votre avis, à partir de quelle date le patient pourrait-il retourner au travail ? \_\_\_\_\_ (JJ / MM / AAAA)

Si les fonctions pouvaient être modifiées, à quel moment l'emploi de réadaptation pourrait-il commencer ? \_\_\_\_\_ (JJ / MM / AAAA)

Permis de conduire révoqué : Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser la date de révocation : \_\_\_\_\_ (JJ / MM / AAAA)

---

**Partie 6 : COMPÉTENCE**

Pensez-vous que le patient a la capacité d'endosser un chèque et de veiller à la bonne utilisation des fonds ? Oui  Non

Si non, depuis quelle date ? \_\_\_\_\_ (JJ / MM / AAAA)

Si non, avez-vous transmis le dossier au curateur public, un tuteur a-t-il été nommé ou une procuration a-t-elle été rédigée ?  
Oui  Non

---

**Partie 7 : COMMENTAIRES**

Nous vous saurions gré de nous faire part de toute autre remarque qui nous aiderait à mieux comprendre la situation du patient et son affection.

---

---

**SIGNATURE**

X \_\_\_\_\_  
Signature Date (JJ / MM / AAAA)

\_\_\_\_\_ Diplôme et spécialité  
Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)  Soins primaires  Consultant

\_\_\_\_\_ Adresse (rue / ville / province / code postal)

N° de téléphone : ( ) \_\_\_\_\_ N° de télécopieur : ( ) \_\_\_\_\_

**FAITES PARVENIR LA FORMULE PAR LA POSTE :**

**Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes  
C.P. 4435, Succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8 Téléc. : 1 800 714-8861**

**Si vous avez des questions, appelez-nous au 416 643-4700 ou au numéro sans frais 1 877 519-9501.**