



1. (Écrire en lettres moulées)

IDENTIFICATION DU SALARIÉ

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM(S) _____
 NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT _____ VILLE _____
 COMTÉ, PROVINCE _____ CODE POSTAL _____
 ÉTES-VOUS ? DROITIER GAUCHER

N° D'ASSURANCE SOCIALE

 DATE DE NAISSANCE
 Année Mois Jour

 N° DE TÉLÉPHONE DE L'ASSURÉ
 Ind. rég. _____

2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'INVALIDITÉ

A) VOTRE INCAPACITÉ EST-ELLE TERMINÉE? OUI NON SI OUI, À QUELLE DATE? Année Mois Jour _____

B) DEPUIS LE DÉBUT DE VOTRE INVALIDITÉ, AVEZ-VOUS TENTÉ DE REPRENDRE VOTRE TRAVAIL? OUI NON UN AUTRE TRAVAIL? OUI NON
 SI OUI, POUR QUELLE PÉRIODE? DU Année Mois Jour AU Année Mois Jour
 DESCRIPTION: _____

C) PRÉVOYEZ-VOUS REPRENDRE VOTRE TRAVAIL? OUI NON SI NON, POURQUOI? _____

D) PRÉVOYEZ-VOUS REPRENDRE UN AUTRE TRAVAIL? OUI NON SI NON, POURQUOI? _____

E) EXPLIQUEZ LES RAISONS POUR LESQUELLES VOTRE INVALIDITÉ VOUS EMPÊCHE ACTUELLEMENT DE TRAVAILLER.

3. RENSEIGNEMENTS SUR LES AUTRES ACTIVITÉS

A) DEPUIS LE DÉBUT DE VOTRE INVALIDITÉ AVEZ-VOUS FAIT DES ACTIVITÉS LUCRATIVES? OUI NON
 SI OUI, VEUILLEZ NOUS FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS:
 POUR QUELLE PÉRIODE? DU Année Mois Jour AU Année Mois Jour
 DESCRIPTION: _____

4. TRAITEMENTS

ÊTES-VOUS EN ATTENTE:

A) D'UN EXAMEN (RADIOLOGIQUE, DE LABORATOIRE, RÉSONANCE MAGNÉTIQUE, ETC.) OUI NON DATE PRÉVUE: Année Mois Jour _____
 PRÉCISEZ: _____

B) D'UN TRAITEMENT (PHYSIOTHÉRAPIE, ERGOTHÉRAPIE, INFILTRATION, CHIRURGIE, ETC.) OUI NON DATE PRÉVUE: Année Mois Jour _____
 PRÉCISEZ: _____

C) D'UNE CONSULTATION AVEC UN OU DES MÉDECINS (OMNIPRATICIEN, SPÉCIALISTE, ETC.) OUI NON

1) NOM DU MÉDECIN: _____ SPÉCIALITÉ: _____ DATE PRÉVUE: Année Mois Jour _____

2) NOM DU MÉDECIN: _____ SPÉCIALITÉ: _____ DATE PRÉVUE: Année Mois Jour _____



5. IDENTIFICATION DES MÉDECINS TRAITANTS

NOM	SPÉCIALITÉ	DATE DE LA DERNIÈRE VISITE	DATE DE LA PROCHAINE VISITE
1) _____	_____	Année Mois Jour	Année Mois Jour
2) _____	_____	Année Mois Jour	Année Mois Jour
3) _____	_____	Année Mois Jour	Année Mois Jour

6. RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS ET LES PRESTATIONS

RECEVEZ-VOUS DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ OU DE RETRAITE OU AVEZ-VOUS DÉPOSÉ UNE DEMANDE AUPRÈS DE:

VEUILLEZ RÉPONDRE À CHACUNE DES QUESTIONS

	DATE DE LA DEMANDE	NUMÉRO DU DOSSIER OU DE LA DEMANDE	DEMANDE ACCEPTÉE	DEMANDE REFUSÉE	DEMANDE À L'ÉTUDE	EN APPEL DE LA DÉCISION
COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (ANCIENNEMENT CSST) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL OU LES MALADIES PROFESSIONNELLES D'UNE AUTRE PROVINCE OU D'UN ÉTAT ÉTRANGER (EX.: ÉTATS-UNIS) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS (IVAC) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DE QUÉBEC <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOI SUR L'ASSURANCE-EMPLOI (EMPLOI ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA) OU D'UNE LOI AU MÊME EFFET D'UN ÉTAT ÉTRANGER (EX.: ÉTATS-UNIS) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RETRAITE QUÉBEC (ANCIENNEMENT RRQ) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME DE RETRAITE DE L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRE RÉGIME COLLECTIF DE RETRAITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRE RÉGIME INDIVIDUEL OU COLLECTIF D'ASSURANCE SALAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES REVENUS (EX.: EMPLOI, INDEMNITÉ DE CESSATION D'EMPLOI, ETC.) PRÉCISEZ: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI VOUS AVEZ RÉPONDU «OUI» À L'UNE DE CES QUESTIONS, IL EST POSSIBLE QU'UNE RÉDUCTION DE LA PRESTATION (EN TENANT COMPTE DE VOS REVENUS) OU QU'UNE EXCLUSION SOIT APPLICABLE ET CE, CONFORMÉMENT AU RÈGLEMENT SUR LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES D'AVANTAGES SOCIAUX DANS L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION.

NOTE: SI DES FRAIS SONT ENCOEURUS POUR FAIRE REMPLIR CE FORMULAIRE PAR VOTRE MÉDECIN, UN MONTANT MAXIMAL ADMISSIBLE PEUT ÊTRE REMBOURSABLE PAR MÉDIC. S'IL Y A LIEU VEUILLEZ JOINDRE VOTRE REÇU ORIGINAL AU PRÉSENT FORMULAIRE.

7. CERTIFICATION

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DE TOUS LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS À L'APPUI DE MA DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE ET/OU DE CRÉDITS D'HEURES.

SIGNATURE DU SALARIÉ (OBLIGATOIRE)

DATE: Année Mois Jour



8. AUTORISATION

J'AUTORISE TOUTE PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE DONNANT DES SERVICES D'ORDRE MÉDICAL (MÉDECINS-HÔPITAUX), DE MÊME QUE LES COMPAGNIES D'ASSURANCES, BUREAU D'ENQUÊTE, EMPLOYEURS, LE BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, LA COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, LA SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, EMPLOI ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA ET RETRAITE QUÉBEC, À TRANSMETTRE À LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) OU À SES REPRÉSENTANTS AUTORISÉS TOUS LES RENSEIGNEMENTS QU'ILS POSSÈDENT À MON SUJET RELATIVEMENT À MA DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE ET/OU DE CRÉDITS D'HEURES..

LES RENSEIGNEMENTS AINSI TRANSMIS À LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) NE DOIVENT SERVIR QU'À L'ÉTUDE DE MA DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE ET/OU DE CRÉDITS D'HEURES CONFORMÉMENT AUX DISPOSITIONS DU RÈGLEMENT SUR LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES D'AVANTAGES SOCIAUX DANS L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION. TOUTEFOIS, ILS POURRONT ÊTRE DIVULGUÉS À TOUTE PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE PARTICIPANT À L'ÉTUDE DE CETTE DEMANDE OU À D'AUTRES PERSONNES SI LA LOI L'EXIGE OU SI JE L'AUTORISE EXPRESSÉMENT.

LA PRÉSENTE AUTORISATION OU UNE COPIE DE CELLE-CI SERA VALIDE TANT QUE DURERA L'ÉTUDE DE MA DEMANDE

SIGNATURE DU SALARIÉ (OBLIGATOIRE)

DATE: Année Mois Jour





IDENTIFICATION DU SALARIÉ

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM(S) _____ N° D'ASSURANCE SOCIALE _____

1. CIRCONSTANCES

SI VOUS N'AVEZ PAS DÉJÀ RÉPONDU À CES QUESTIONS SUR UNE DÉCLARATION ANTÉRIEURE OU S'IL S'AGIT D'UNE NOUVELLE CONDITION MÉDICALE, VOUS DEVEZ REMPLIR CETTE SECTION. SI NON, PASSEZ À LA SECTION 2.

A) SELON VOUS, L'AFFECTION POURRAIT-ELLE ÊTRE ATTRIBUABLE À: ACCIDENT DE TRAVAIL MALADIE PROFESSIONNELLE ACCIDENT DE VÉHICULE MOTEUR
 AUTRE ACCIDENT AUTRE MALADIE

B) DATE D'APPARITION DES SYMPTÔMES OU DATE DE L'ACCIDENT: _____ DATE DU DÉBUT DE L'INVALIDITÉ TOTALE: _____
Année Mois Jour Année Mois Jour

C) CE PATIENT A-T-IL DÉJÀ SOUFFERT D'UNE AFFECTION DE CE GENRE? OUI NON DATE _____
Année Mois Jour

2. DIAGNOSTIC

A) PRINCIPAL: _____

B) SECONDAIRE: _____

C) SYMPTÔMES SUBJECTIFS: _____

D) SIGNES OBJECTIFS: _____

E) ÉVALUATION DE LA CONDITION DU PATIENT: AMÉLIORÉE DÉTÉRIORÉE STABLE COMMENTAIRES: _____

F) RÉSULTATS DES INVESTIGATIONS DEMANDÉES (EXAMENS, RADIOGRAPHIES, ECG, ETC.): _____
 DATE _____
Année Mois Jour

3. TRAITEMENT

A) DATE DE LA PREMIÈRE VISITE: _____ B) DATE DE LA DERNIÈRE VISITE: _____ C) DATE DE LA PROCHAINE VISITE: _____
Année Mois Jour Année Mois Jour Année Mois Jour

D) FRÉQUENCE DES VISITES: HEBDOMADAIRE MENSUELLE AUTRES PRÉCISEZ: _____

E) NATURE DES TRAITEMENTS: ACTUELS: _____ À VENIR: _____

F) DURÉE PROBABLE DU TRAITEMENT ACTUEL: _____ DÉBUT: _____ FIN: _____ FRÉQUENCE: _____

G) MÉDICATION PRESCRITE ET POSOLOGIE: _____

H) RÉPONSE DU PATIENT AU TRAITEMENT: _____

I) LE PATIENT SUIV-IL LES TRAITEMENTS RECOMMANDÉS? OUI NON SI NON, VEUILLEZ PRÉCISER: _____

J) QUEL EST VOTRE PRONOSTIC: _____

K) AVEZ-VOUS RÉFÉRÉ CETTE PERSONNE À UN AUTRE MÉDECIN? NON OUI DATE _____
Année Mois Jour
 NOM DU MÉDECIN: _____ SPÉCIALITÉ: _____

L) DATE DE LA CHIRURGIE (S'IL Y A LIEU) _____ DESCRIPTION: _____
Année Mois Jour

4. INCAPACITÉ PHYSIQUE

A) LE PATIENT EST-IL? SUR PIED RETENU À LA MAISON ALITÉ HOSPITALISÉ

CATÉGORIE 1 - (AUCUNE RESTRICTION - APTÉ À UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE SOUTENUE 0 - 10%)

CATÉGORIE 2 - (LÉGÈRE RESTRICTION - APTÉ À UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE MODÉRÉE 15 À 30%)

CATÉGORIE 3 - (RESTRICTION MODÉRÉE - APTÉ À UNE ACTIVITÉ LÉGÈRE 35 À 55%)

CATÉGORIE 4 - (RESTRICTION MARQUÉE - APTÉ À UNE ACTIVITÉ MINIME 60 À 70%)

CATÉGORIE 5 - (RESTRICTION SÉVÈRE - INAPTE À UNE ACTIVITÉ MÊME MINIME 75 À 100%)

5. INCAPACITÉ PSYCHOLOGIQUE (SI L'INVALIDITÉ Y EST RELIÉE)

A) DATE DE DÉBUT D'INVALIDITÉ POUR LA CONDITION PSYCHOLOGIQUE:

Année			Mois			Jour			

B) VEUILLEZ NOUS FAIRE PART DE VOTRE ÉVALUATION MULTIAXIALE SELON LE DSM-IV

AXE 1: _____

AXE 2: _____

AXE 3: _____

AXE 4: _____

AXE 5: _____

C) VEUILLEZ NOUS INDIQUER DANS QUELLE CATÉGORIE SE SITUE VOTRE PATIENT ACTUELLEMENT:

- CATÉGORIE 1 - (AUCUNE RESTRICTION - (PEUT FAIRE FACE AUX SITUATIONS STRESSANTES ET SOCIALES)
- CATÉGORIE 2 - (LÉGÈRE RESTRICTION - (PEUT FAIRE FACE À LA PLUPART DES SITUATIONS STRESSANTES ET SOCIALES)
- CATÉGORIE 3 - (RESTRICTION MODÉRÉE - (NE PEUT FAIRE FACE QU'À DES SITUATIONS STRESSANTES OU SOCIALES RESTREINTES)
- CATÉGORIE 4 - (RESTRICTION MARQUÉE - (INCAPABLE DE FAIRE FACE À DES SITUATIONS STRESSANTES OU SOCIALES)
- CATÉGORIE 5 - (RESTRICTION SÉVÈRE - (ACCUSE UNE PERTE IMPORTANTE AU NIVEAU DE SES APTITUDES PSYCHOLOGIQUES ET SOCIALES)

6. CONDITION CARDIAQUE (SI L'INVALIDITÉ Y EST RELIÉE)

- A) CAPACITÉ FONCTIONNELLE CARDIAQUE
- CATÉGORIE 1 - (AUCUNE RESTRICTION)
 - CATÉGORIE 2 - (LÉGÈRE RESTRICTION)
 - CATÉGORIE 3 - (RESTRICTION MARQUÉE)
 - CATÉGORIE 4 - (RESTRICTION COMPLÈTE)

B) TENSION ARTÉRIELLE (DERNIÈRE VISITE): _____
SYSTOLIQUE / DIASTOLIQUE

7. INCAPACITÉ

A) CETTE PERSONNE EST-ELLE **CAPABLE** D'EFFECTUER LES TÂCHES HABITUELLES DE SA FONCTION? OUI NON

B) SI NON, QUELLES SONT LES RAISONS MÉDICALES OBJECTIVES QUI L'EN EMPÊCHENT? _____

C) EXISTE-T-IL DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES? OUI NON SI OUI, SONT-ELLES? PERMANENTES TEMPORAIRES PRÉCISEZ LA DURÉE: _____
VEUILLEZ LES DÉCRIRE: _____

D) DATE À LAQUELLE CETTE PERSONNE POURRA REPRENDRE LES TÂCHES HABITUELLES DE SA FONCTION:

Année			Mois			Jour			

E) CETTE PERSONNE EST-ELLE **CAPABLE** DE SE LIVRER À UNE OCCUPATION LUCRATIVE ADAPTÉE À SA CONDITION MÉDICALE (EX.: TRAVAIL LÉGER OU SÉDENTAIRE)? OUI NON

F) SI NON, QUELLES SONT LES RAISONS MÉDICALES OBJECTIVES QUI L'EN EMPÊCHENT? _____

G) DATE À LAQUELLE CETTE PERSONNE POURRA EFFECTUER UNE OCCUPATION LUCRATIVE ADAPTÉE À SA CONDITION MÉDICALE:

Année			Mois			Jour			

8. RÉADAPTATION

- A) VOTRE PATIENT EST-IL APTE À PARTICIPER À UN PROGRAMME DE RÉADAPTATION VISANT LA RÉINTÉGRATION AU TRAVAIL? OUI NON
- B) RECOMMANDEZ-VOUS À VOTRE PATIENT DE PARTICIPER À UN PROGRAMME DE RECONDITIONNEMENT PHYSIQUE? OUI NON
- C) ÊTES-VOUS D'ACCORD POUR QUE VOTRE PATIENT SOIT RÉFÉRÉ EN ERGOTHÉRAPIE POUR UNE ÉVALUATION DE SES CAPACITÉS FONCTIONNELLES? OUI NON
- D) RECOMMANDEZ-VOUS À VOTRE PATIENT UNE RÉORIENTATION DANS UN AUTRE EMPLOI? OUI NON
- E) AVEZ-VOUS DES SUGGESTIONS QUI POURRAIENT FAVORISER UN RETOUR AU TRAVAIL? OUI NON
SI OUI, LESQUELLES: _____

9. REMARQUES

10. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

NOM DU MÉDECIN _____ ADRESSE _____

N° DE TÉLÉPHONE _____
CODE POSTAL _____

OMNIPRATICIEN SPÉCIALISTE PRÉCISEZ: _____

NO DE PERMIS _____

SIGNATURE DU MÉDECIN

Année			Mois			Jour			