

RAPPORT MÉDICAL RELATIF AUX INDEMNITÉS D'ACCIDENT

(À utiliser au Québec avec les F.A.Q. 34 et 78, et non en Ontario. L'Ontario possède des formulaires réglementés pour les indemnités d'accident.)

Votre patient a rempli l'autorisation ci-jointe. Nous vous demandons de bien vouloir remplir et nous retourner le présent formulaire.		
PATIENT		No de réclamation/No de police
DATE DE L'ACCIDENT	Date du premier traitement	Date de la dernière visite
PROFESSION		
NATURE DES BLESSURES		
TRAITEMENT ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES (y compris les dates)		
PRONOSTIC PROVISOIRE		
Au mieux de ma connaissance, je crois que le patient était incapable d'exécuter les fonctions essentielles de son poste. du _____ au _____		
Au mieux de ma connaissance, je crois que le patient était capable d'exécuter certaines des fonctions essentielles de son poste. du _____ au _____		
Les blessures subies dans cet accident étaient-elles la seule source de plaintes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non », expliquez pourquoi :		
_____ _____		
Avez-vous rempli d'autres rapports médicaux relativement à cette blessure? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui », précisez pour qui?		
_____ _____		
AUTRES COMMENTAIRES		
DATE DE RETOUR AU TRAVAIL	Provisoire	Définitive
MÉDECIN	Nom (en caractères d'imprimerie s.v.p.)	
	Signature	Date