

DÉCLARATION DU MÉDECIN FORMULAIRE PRÉÉTABLI – ABSENCE/ASSURANCE INVALIDITÉ

COURRIEL : SCQinvalidites@oto-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 <small>ANNÉE / MOIS / JOUR</small> | 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 |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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** « « «

LA SOCIÉTÉ DES CASINOS DU QUÉBEC INC. 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 | ANNÉE / MOIS / JOUR | TÉLÉCOPIEUR |

5) AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ

J'autorise le médecin à communiquer et à échanger tout renseignement pertinent pour la présente réclamation au personnel du service de santé ou au médecin-conseil de la Société des casinos du Québec inc. 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 SCQinvalidites@loto-quebec.com au plus tard la cinquième (5^e) journée de l'absence. Dans le cas d'une réclamation à la CNESST, les honoraires de ce formulaire ne sont pas remboursés.