

RAPPORT MÉDICAL RELATIF AUX INDEMNITÉS D'ACCIDENT

(À utiliser dans les provinces, sauf en Alberta, en Ontario et en Nouvelle-Écosse; au Québec, à utiliser avec les F.A.Q. 34 et 4-34)

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? ☐ Oui ☐ Non Si « Non », expliquez pourquoi :		
Avez-vous rempli d'autres rapports médicaux relativement à cette blessure? ☐ Oui ☐ 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