



Pour qu'une absence soit admissible en vertu du régime d'invalidité de courte durée de l'employeur, la documentation médicale doit contenir des résultats cliniques objectifs et des renseignements médicaux détaillés qui établissent la présence d'un problème médical et d'un traitement. Les résultats médicaux doivent prouver la présence d'une condition suffisamment grave pour empêcher votre patient(e)/client(e) de participer à son travail. Cet(te) employé(e) exerce une requête en vertu du programme d'invalidité de courte durée de son employeur qui assure le remplacement de son revenu pendant son congé de maladie.

- C'est à l'employé(e) qu'il incombe de fournir les renseignements médicaux qui appuient son absence et de payer toutes les dépenses engagées pour obtenir ces renseignements.
- Ne pas soumettre ces résultats promptly pourrait engendrer une suspension du revenu pour votre patient(e)/client(e).
- Ceci n'est pas une demande d'examen, mais une demande de renseignements tirés de votre évaluation clinique.

Si l'absence est liée à une chirurgie, ce formulaire devra être rempli une fois la chirurgie terminée.

Une fois complété, SVP, envoyer au numéro de télécopieur confidentiel de Solutions Organisationnelles au 1-866-511-0008 ou numériser et envoyer par courriel au info@orgsoln.com. Pour des renseignements supplémentaires, veuillez nous joindre au 1 866 674-7656.

## 1 Renseignements sur l'employé(e) - à remplir par l'employé(e) - page 1 de 4

Nom de l'employeur :			
Nom de l'employé(e) :		Nom de famille (les résidentes du Québec doivent aussi inscrire leur nom de jeune fille) :	
Numéro d'employé(e) :	Date de naissance : MM / JJ / AAAA	Téléphone à la maison :	Téléphone à la travail :
Téléphone cellulaire :		Adresse courriel :	
Adresse résidentielle :			Occupation:
Nom du (de la) supérieur(e) immédiat(e) :			Téléphone :
Veuillez décrire la nature de la maladie ou des blessures subies :			
<p>Votre maladie ou blessure est-elle causée par un accident? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><u>Si Oui:</u> 1) L'accident s'est produit : À la maison <input type="checkbox"/> Au travail <input type="checkbox"/> Ailleurs <input type="checkbox"/></p> <p>Date et heure de l'accident : MM / JJ / AAAA à _____</p> <p>2) Avez-vous fait ou ferez-vous une demande d'indemnisation du travailleur à la CNESST? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>3) Votre maladie ou blessure est-elle due à un accident de véhicule motorisé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><u>Si oui, joignez une copie du rapport d'accident.</u></p> <p>4) Date du premier jour d'absence : MM / JJ / AAAA</p> <p>5) Avez-vous déjà eu la même condition ou une condition similaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>			
Date de la première évaluation médicale : MM / JJ / AAAA		Date de retour au travail prévue ou définitive : MM / JJ / AAAA	
Type d'invalidité : Maladie <input type="checkbox"/> Blessure <input type="checkbox"/> Blessure de travail <input type="checkbox"/> Accident de véhicule motorisé <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/>			

## 2 Autorisation de divulguer des renseignements

Je certifie que les déclarations énoncées dans le présent formulaire sont véridiques et complètes.

J'autorise Solutions Organisationnelles ainsi que leurs agents et fournisseurs de services à utiliser et à échanger les renseignements requis pour conseiller mon employeur au sujet de mon absence (en vertu du régime d'invalidité de courte durée et de congés de maladie de mon employeur) avec toute personne ou organisation possédant des renseignements pertinents relativement à mon absence, y compris des professionnels de la santé, des institutions et des assureurs.

J'autorise les fournisseurs de soins de santé, les professionnels de la santé, les institutions, la société d'assurances offrant le programme d'invalidité de longue durée ou la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) concernés par mon traitement ou ma demande de règlement à divulguer et transmettre tout renseignement et tout document exigé par l'employeur et / ou Solutions Organisationnelles, et leurs représentants, au sujet de mon état de santé médical ou psychologique actuel. J'autorise également Solutions Organisationnelles à transmettre des informations à l'assureur, à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, aux administrateurs des prestations gouvernementales, aux fournisseurs de soins de santé et aux professionnels de la santé. Les renseignements nécessaires pour déterminer mon éligibilité, mes habiletés, et ma capacité à retourner au travail seront communiqués à mon employeur. Je comprends que la documentation médicale recueilli sera évaluée selon les standards médicaux établis.

J'accepte qu'un fac-similé ou une photocopie soit considéré comme aussi valides que la copie originale signée.

Signature de l'employé(e) : \_\_\_\_\_ Date : MM / JJ / AAAA



# Déclaration du Médecin Traitant (DMT)

## 3 Questionnaire médical

Docteur(e), l'employeur tient à soutenir ses employé(e)s malades ou blessés durant leur rétablissement afin de leur assurer un retour au travail en toute sécurité et au moment opportun. Nous vous invitons à répondre aux questions suivantes pour que l'employé(e) puisse retourner ce formulaire le plus rapidement possible par télécopieur au 1 866 511-0008.

Il est également possible de remplir ce formulaire en ligne à l'adresse suivante : <https://portal.orgsoln.com> (Utilisateur : Physician /Mot de passe : APS#4523)

### Histoire

Date de la première consultation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date de la plus récente consultation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date de la dernière journée travaillée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Quand les symptômes sont-ils apparus ou l'accident est-il survenu? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Votre patient(e) a-t-il(elle) déjà eu ce problème ou un problème semblable? Oui o Non o Inconnu o

Si oui, dites quand et décrivez : \_\_\_\_\_

Fréquence des symptômes dans les six derniers mois : \_\_\_\_\_

Signes physiques : \_\_\_\_\_

Noms et spécialités des autres médecins traitants (veuillez inclure des copies des rapports de consultation) :

Noms	Spécialités	Fréquence des visites/Traitements	Dates de consultations

Si le diagnostic est PSYCHIATRIQUE, veuillez passer à la page 4 pour remplir le questionnaire approprié.

La signature est requise à la page 3.

### Diagnostic (y compris les complications)

Primaire : \_\_\_\_\_ Secondaire : \_\_\_\_\_

Facteurs ou complications de comorbidité : \_\_\_\_\_

Si le diagnostic est obstétrique : Date prévue de l'accouchement \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Le(La) patient(e) est-il confiné au lit ? Oui o Non o

Signes et symptômes : \_\_\_\_\_

Résultats objectifs et cliniques – Veuillez être spécifique – résultats physiques pertinents (y compris la gravité et la fréquence) :

\_\_\_\_\_

Si le diagnostic est de nature musculosquelettique, veuillez indiquer les résultats neurologiques :

Commentaires :

Région(s) affectée(s) : Droite  Gauche  Les deux  \_\_\_\_\_

Réflexes : Droite  Gauche  Les deux  \_\_\_\_\_

Présence de faiblesse : Oui  Non  \_\_\_\_\_

Atrophie musculaire : Oui  Non  \_\_\_\_\_

Perte de sensation ou engourdissement : Oui  Non  \_\_\_\_\_

Signes de Tinel ou de Phalen positifs : Oui  Non  \_\_\_\_\_

Douleur irradiante? Veuillez décrire: \_\_\_\_\_

Votre patient(e) a-t-il(elle) des comportements indiquant qu'il(elle) éprouve une douleur localisée ? Oui  Non  \_\_\_\_\_

### Plan de traitement

Admission à l'hôpital – Date d'admission \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date de sortie : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Chirurgie : Oui  Non  Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Procédure chirurgicale : \_\_\_\_\_

Veuillez inscrire le type de tests diagnostiques complétés ou en cours : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Médication (joignez une autre page au besoin) :

Nom	Posologie	Date du début	Date(s) de changement(s) et raison(s)	Réponse clinique



# Déclaration du Médecin Traitant (DMT)

## 3 Questionnaire médical (suite)

Traitement actuel et proposé – inclure le type, la fréquence et la durée : \_\_\_\_\_

Une référence en physiothérapie a-t-elle été faite ? Oui  Non

Date du début de la physiothérapie \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Observance thérapeutique – Votre patient(e) se conforme-t-il(elle) au programme de traitement recommandé? Oui  Non

### Capacité fonctionnelle

VEUILLEZ INDIQUER LES CAPACITÉS ACTUELLES

Durée prévue des limitations : \_\_\_\_\_

MOBILITÉ	RAREMENT CAPABLE (0-5%)	OCCASIONNELLEMENT CAPABLE (6-33%)	SOUVENT CAPABLE (34-66%)	CONSTAMMENT CAPABLE (67-100%)	PLEINE CAPACITÉ										
Position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Flexion / torsion prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
S'agenouiller / s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<b>SOULEVER DES CHARGES (DU SOL À LA TAILLE)</b>															
Sédentaire (jusqu'à 4,5 kilos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Léger (4,6 à 9,0 kilos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Moyen (9,1 à 22 kilos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<b>COMPÉTENCES DE BUREAU</b>															
Utilisation de l'ordinateur, de la souris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Dactylographier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<b>SOULEVER DES CHARGES (DE LA TAILLE AUX ÉPAULES)</b>															
Sédentaire (jusqu'à 4,5 kilos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Léger (4,6 à 9,0 kilos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Moyen (9,1 à 22 kilos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<b>HAUT DU CORPS</b>															
	Droite	Gauche	Les deux	Droite	Gauche	Les deux	Droite	Gauche	Les deux	Droite	Gauche	Les deux	Droite	Gauche	Les deux
Pousser / Tirer	<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"/>
Transporter	<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"/>
Agripper / Empoigner	<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"/>
Tendre les bras vers l'avant (plus de 45 cm)	<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"/>
Tendre les bras au-dessus de la tête (plus de 178 cm)	<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"/>

Votre patient(e) est-il apte à conduire un véhicule motorisé ? Oui  Non

Si la réponse est non, l'inaptitude de votre patient(e) à conduire un véhicule motorisé a-t-elle été rapportée au Ministère des Transports ? Oui  Non  Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Pronostic

Quel est le pronostic pour un retour au travail régulier sans restriction ? \_\_\_\_\_

Quels sont les facteurs qui pourraient nuire au progrès clinique de votre patient(e) ? \_\_\_\_\_

Date du prochain rendez-vous : Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Est-ce qu'une guérison complète est prévue ? Oui  Non

Avis au médecin : Tous les renseignements que vous transmettez à Solutions Organisationnelles relativement à la présente absence pourront être divulgués à l'employé(e) et/ou aux personnes autorisées par lui(elle) à recevoir ces renseignements, à moins que vous nous avisiez par écrit qu'il y a une probabilité significative qu'une telle révélation puisse avoir un effet négatif substantiel sur la santé de l'employé(e) ou qu'elle pourrait léser un tiers.

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Nom du médecin (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_ Numéro de licence : \_\_\_\_\_



Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# Déclaration du Médecin Traitant (DMT)

ORGANIZATIONAL SOLUTIONS INC.  
SOLUTIONS ORGANISATIONNELLES INC.

t: 1-866-674-7656; tc: 1-866-511-0008; c: info@orgsoln.com

## 4 Remplissez cette section si le diagnostic est de nature PSYCHIATRIQUE

Diagnostic psychiatrique/Raison de la visite (en fonction du DSM-V) : \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire (si applicable) : \_\_\_\_\_

Les symptômes du(de la) patient(e) sont-ils dus à un abus de drogue ou d'alcool ? Oui  Non 

Si oui, détaillez : \_\_\_\_\_

Admission à l'hôpital ou dans un programme de désintoxication ? Oui  Non  Si oui, détaillez : \_\_\_\_\_

Signes et symptômes : \_\_\_\_\_

Résultat au questionnaire sur la dépression (PHQ-9) \_\_\_\_\_ Résultat du trouble d'anxiété généralisée (GAD-7) \_\_\_\_\_

Code(s) du DSM-V : \_\_\_\_\_ Sévérité : Faible  Modérée  Sévère  Date de l'apparition : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_Limitation cognitive/mentale : Votre patient présente-t-il une limitation cognitive / mentale? Oui  Non  Si oui, remplissez cette section

Indiquez si le patient présente actuellement des restrictions cognitives / mentales dans les domaines suivants :	AUCUNE LIMITATION	LIMITATION LÉGÈRE	LIMITATION MODÉRÉE	LIMITATION SÉVÈRE
Communication verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attention aux détails	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accomplir des tâches dans les délais attendus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailler seul / en isolement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raisonnement analytique (ex: jugement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprendre de nouvelles matières (ex: mémoire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intéraction sociale (ex: humeur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

À votre avis, votre patient est-il apte à gérer ses propres affaires? Oui  Non 

Remarques : \_\_\_\_\_

Autres limitations fonctionnelles pouvant s'appliquer au diagnostic? \_\_\_\_\_

Votre patient(e) est-il(elle) capable d'accomplir ses activités de la vie quotidienne (AVQ) ? Oui  Non 

Si la réponse est non, veuillez préciser en quoi la condition médicale de votre patient(e) nuit à sa capacité d'accomplir ses AVQ : \_\_\_\_\_

À quelle fréquence votre patient(e) est-il(elle) évalué(e) ? \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer si une autre condition médicale a été écartée comme cause ou contributeur potentiel à l'état de santé mentale actuel de votre patient(e) : \_\_\_\_\_

Médication (joignez une autre page au besoin) :

Nom	Posologie	Date du début	Date(s) de changement(s) et raison(s)	Réponse Clinique

Référence pour une thérapie/soutien : Oui  Non  Si oui, fournissez le nom et des détails : \_\_\_\_\_Référence à un psychiatre : Oui  Non  Si oui, fournissez le nom et des détails : \_\_\_\_\_

Si oui, fournissez la date du prochain rendez-vous : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date à laquelle a été faite la référence : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Si non, fournissez une justification : \_\_\_\_\_

Y a-t-il des facteurs de stress qui pourraient affecter le retour au travail ? Oui  Non Problèmes psychosociaux et environnementaux : Oui  Non  Problèmes sur les lieux de travail : Oui  Non 

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

Veuillez fournir des recommandations afin de garantir à votre patient(e) un retour au travail sécuritaire et approprié : \_\_\_\_\_