

L'ASSURANCE ACCIDENT DE TRAVAIL COLLECTIVE POUR ENTREPRENEURS INDÉPENDANTS
RAPPORT DU MÉDECIN

Instructions : veuillez remplir, signer et retourner ce rapport à La Protectrice dès que possible. La réception d'indemnités par votre patient et le paiement de vos honoraires peuvent dépendre de la rapidité avec laquelle ce formulaire a été rempli.

1. Nom et adresse du patient (N°, Rue, Ville, Région, Province, Code postal)	2. N° d'assuré social - -	3. Date de naissance / / (Mois, Jour, Année)	4. NE PAS REMPLIR CETTE PARTIE. Groupe de parrainage: Numéro de police collective principale:
5. Date de la première consultation / / (Mois, Jour, Année)	6. Décrire en détail l'état du patient et votre diagnostic. A. ÉTAT B. PREMIER DIAGNOSTIC C. SECOND DIAGNOSTIC (notamment, les complications) D. SYMPTÔMES SUBJECTIFS		
7. Raisons de l'état du patient (cocher un motif) <input type="checkbox"/> Accidentel <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Affection <input type="checkbox"/> Autre (préciser)			
8. Si l'état du patient résulte d'un accident, indiquez comment le patient a décrit l'accident et la date à laquelle il est survenu.			
9. Y a-t-il d'autres causes possibles qui ont contribué à l'état du patient (entourer) OUI NON Si oui, précisez			
10. Avez-vous déjà traité ou consulté le patient pour cet état (entourer) Oui Non Si non, allez directement à la question 13	11. Date à laquelle le patient a été traité ou examiné pour cet état pour la première fois / / (Mois, Jour, Année)	12. Date à laquelle le patient a été traité ou examiné pour cet état pour la dernière fois / / (Mois, Jour, Année)	13. L'état du patient a-t-il aggravé un état préexistant (entourer) Oui Non
14. Expliquez le traitement que vous avez fourni. (opérations, médicaments, etc.)			
15. Le patient a-t-il été traité pour l'état actuel par une autre personne (entourer) OUI NON Si oui, par qui (Nom, N°, Rue, Ville, Région, Province, Code postal)			
16. Le patient a-t-il été hospitalisé (entourer) Oui Non	17. Date d'admission / / (Mois, Jour, Année)	18. Date de sortie / / (Mois, Jour, Année)	19. Une hospitalisation plus longue est-elle nécessaire (entourer) Oui Non

21. Un traitement plus long est-il nécessaire (entourer) OUI NON Si oui, précisez et indiquez la durée

22. Le patient a-t-il été invalide suite à l'accident? (entourer) Oui Non	23. Date de début de l'invalidité / / (Mois, Jour, Année)	24. Le patient est-il toujours invalide? (entourer) Oui Non	25. Date de fin de l'invalidité / / (Mois, Jour, Année)
---	---	---	---

26. Quand le patient pourra-t-il recommencer à travailler comme avant l'accident?	27. Quand le patient pourra-t-il recommencer à effectuer tout type de travail?	28. Le patient est-il un candidat adapté pour une réinsertion professionnelle? (entourer) Oui Non
---	--	--

29. Quel est votre diagnostic pour le patient (commentaires sur d'autres traitements nécessaires et sur la durée éventuelle d'invalidité, etc.)

30. Remarques :

Écrire en lettres moulées

Nom du médecin traitant

N° de téléphone

Adresse

Ville

Province

Code postal

Signature

Date

La Protectrice, société d'assurance, souhaite vous remercier d'avoir rempli ce formulaire. En cas de problème avec le paiement de vos honoraires, veuillez communiquer directement avec nous au 1-800-231-6024.

La Protectrice, société d'assurance