Centre de Santé et Mieux-Être - Casino du Lac-Leamy et Mont Tremblant
1, boulevard du Casino
Gatineau (Québec) J8Y 6W3
Téléphone : 819-772-6262 poste 3894
Télécopieur : 819-772-3711

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom de l'employé / Name **:**_____ **Numéro d'employé :** _____

Date de naissance / Birth date **:**_____/____/_____ **Tél. (résidence) /** Phone **:**(____)_____
A/Y M/M J/D

Veuillez S.V.P. compléter ce formulaire et le remettre à votre patient. Des honoraires équivalents à la grille tarifaire applicable et en vigueur seront versés au médecin qui complète ce formulaire sur présentation de la facturation. Les frais doivent être payés par le patient qui sera remboursé sur présentation du reçu original. Dans le cas d'une réclamation à la C.S.S.T., ces honoraires ne sont pas remboursés.
Would you please complete this form and return it to the patient. Fees equivalent to the suggested and applicable list will be paid to the physician who completed this form upon presentation of the invoice. Patient should pay the fees and will be reimbursed by presenting their original receipt. In the event that this reclamation is for a C.S.S.T. claim for a work related injury, these fees will not be reimbursed. Proper form has to be completed.

1) Histoire de la maladie / History of condition

A) **Diagnostic et complication** / Diagnosis and complications : _____

B) **Symptômes subjectifs** / Symptoms observed by the patient :_____

C) **Symptômes objectifs** / Symptoms observed by physician :_____

D) **Le patient a-t-il déjà souffert de cette même maladie ou d'une maladie similaire ?** /Has the patient ever suffered from this ailment or had a similar condition?

☐ Non / No ☐ Oui / Yes Si oui, indiquer la date et fournir des explications / If yes, please provide the date and explanations :_____

E) **L'affection est-elle** / Is the condition:

☐ **Attribuable à une maladie** / Due to illness

☐ **Consécutive à un accident d'automobile ou à un acte criminel** / Consecutive to an accident or a criminal act

Date de l'événement : _____/_____/_____ Spécifiez / Specify :
Date of event A/Y M/M J/D ☐ SAAQ/Accident ☐ Acte criminel /Criminal act

☐ **Reliée à la grossesse** / Directly or indirectly related to pregnancy

☐ **Consécutive à un accident personnel** / Personal accident

2) Dates / Dates

A) Date d'apparition des symptômes / Appearance of symptoms ____/____/____
A/Y M/M J/D

B) Date d'arrêt de travail / Date of incapacity : ____/____/____
A/Y M/M J/D

C) Date de la visite / Date of the visit : ____/____/____
A/Y M/M J/D

Suite au verso / Please see reverse

Centre de Santé et Mieux-Être - Casino du Lac-Leamy et Mont Tremblant
1, boulevard du Casino
Gatineau (Québec) J8Y 6W3
Téléphone : 819-772-6262 poste 3894
Télécopieur : 819-772-3711

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

(Suite)

3) PRONOSTIC

A) **Votre patient est-il totalement incapable d'exercer son emploi** / Is the patient completely unable to accomplish his/her duties ?

☐ Non / No ☐ Oui / Yes

B) **Avez-vous discuté d'un plan de retour au travail avec restrictions avec votre patient?** / Have you discussed a plan to return to work with restrictions?

☐ Non / No ☐ Oui / Yes

Si oui, quelles sont les restrictions / If yes what are the restrictions? :_____

_____

_____

C) **Date à laquelle l'employé serait en mesure de reprendre <u>son travail régulier</u> (sans restrictions)** / When will the patient be able to resume his/her duties without restrictions?

_____/_____/_____
A/Y M/M J/D

4) TRAITEMENT / Treatment

A) Énumérer les médicaments actuellement prescrits et la posologie / Please list all curent Medication and dosage :

_____

_____

B) Le patient suit-il une thérapie / Is the patient undergoing a therapy? ☐ Non / No ☐ Oui / Yes

Si oui, spécifiez / If yes specify :_____

_____

_____

VEUILLEZ S.V.P. COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES / PLEASE COMPLETE USING CAPITAL LETTERS

_____ _____ (____)_____
Nom du médecin / Physician's name Numéro de pratique / Practice number Téléphone / Phone

Date / Date _____/_____/_____ _____
A/Y M/M J/D Signature du médecin

<u>AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ</u>

Je consens à ce que tous les renseignements pertinents à la présente réclamation soient transmis au médecin-conseil de la Société des casinos du Québec inc.

_____ _____ Date _____/_____/_____
Nom de l'employé Signature A/Y M/M J/D

<u>Note à l'employé</u>

La déclaration du médecin traitant doit être remise au Service de santé du Casino du Lac-Leamy ou aux Ressources humaines du Casino de Mont-Tremblant au plus tard à la cinquième (5e) journée de l'absence. Les frais pour ce formulaire vous seront remboursés sur présentation du reçu original.