Université de Sherbrooke

Demande initiale

Service des ressources humaines
Courriel : info-avantages-sociaux@USherbrooke.ca

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

IDENTIFICATION

Nom et Prénom : _____ Matricule employé : _____

Date de naissance : _____

DIAGNOSTIC

Principal : _____

L'incapacité est-elle reliée à :

- ☐ une maladie ?
- ☐ un problème professionnel ?
- ☐ un problème personnel ?
- ☐ un accident?
- ☐ un accident de travail ?
- ☐ un accident d'automobile ?
- ☐ autre (précisez) : _____

Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent la personne d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles :

_____

_____

_____

TRAITEMENT

Médicaments liés à l'invalidité : _____

Autres traitements liés à l'invalidité : _____

Y a-t-il eu ou y aura-t-il une hospitalisation pour cette incapacité ? Non ☐ Oui ☐

Dans l'affirmative – dates de la période : _____

SUIVI ET PRONOSTIC

Date de la première consultation pour cette incapacité : _____

Date de la prochaine consultation : _____

Date de la première journée d'absence pour cette incapacité : _____

Orientation vers un autre professionnel de la santé : Non ☐ Oui ☐ Spécialité : _____

À quelle date la personne pourra-t-elle reprendre l'exercice de sa profession ? _____

Commentaires et renseignements pertinents :

_____

_____

_____

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom, prénom : _____ Téléphone : _____

SIGNATURE : _____ **Date :** _____

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE EMPLOYÉE