

Partie A : Renseignements sur l'identité de l'employée ou de l'employé (à remplir par le ministère ou l'organisme)

Nom de famille		Prénom		Date de naissance	Année	Mois	Jour	Numéro d'assurance sociale			
Sexe: F M		Adresse						Ind. rég.	N° de téléphone		
Date du début de l'invalidité		Année	Mois	Jour	Classe d'emploi						
Travail saisonnier, cyclique, occasionnel		Date du début de la période d'emploi		Année	Mois	Jour	Date de fin prévue de la période d'emploi		Année	Mois	Jour
Numéro de l'employeur		Nom du ministère ou de l'organisme									
Adresse											
Signature de la ou du répondant								Ind. rég.	N° de téléphone		

Partie B : Autorisation de communiquer renseignements médicaux et psychosociaux (à remplir par l'employée ou l'employé)

Je suis informé de la nécessité pour mon employeur et son service de conseil en assurance traitement de disposer de tous les renseignements leur permettant de traiter adéquatement ma demande afin de bénéficier du régime d'assurance traitement. En conséquence, j'autorise tout médecin ainsi que tout représentant autorisé d'un centre hospitalier ou d'un organisme visé qui détiennent des renseignements médicaux et psychosociaux pertinents ou des documents contenant de tels renseignements à les fournir à toute personne qui a été désignée par mon employeur pour agir dans le traitement de ma demande ou qui est rattachée au service de conseil en assurance traitement et qui est appelée à intervenir à l'égard de ma demande. Les renseignements et les documents communiqués seront utilisés à des fins de gestion de l'absentéisme par les personnes autorisées.

Signature	Date	Année	Mois	Jour
-----------	------	-------	------	------

Partie C : Attestation de l'employée ou de l'employé

Avez-vous déposé ou vous proposez-vous de déposer une réclamation relativement à la présente invalidité en vertu d'une des lois administrées par l'un des organismes suivants? ☐ IVAC ☐ CSST ☐ SAAQ ☐ RRQ

Si oui, cochez la case appropriée.

Renseignements généraux destinés à la ou au médecin traitant et à l'employée ou à l'employé

Régime d'assurance traitement

Dans la fonction publique, la charge financière du régime d'assurance traitement est sous l'entière responsabilité de l'employeur lors de journées d'absence au travail justifiées par une invalidité. L'employeur assume donc le maintien du traitement de l'employé lorsque ce dernier utilise des crédits de congés de maladie accumulés et pourvoit au paiement des prestations au cours des semaines 103 ou 104, selon le cas, lors d'une invalidité prolongée. Il s'agit donc d'un régime d'autoassurance financé exclusivement par l'employeur et pour lequel l'employé ne contribue pas financièrement.

Puisqu'il est responsable du versement du traitement et des prestations, l'employeur a le devoir de s'assurer que les montants versés le sont à juste titre et en conformité avec les règles prévues par le régime. **Le refus ou la négligence de l'employé de suivre les traitements ou les soins médicaux prescrits par sa ou son médecin pourrait entraîner une cessation de la prestation d'invalidité.**

De plus, lorsqu'il le juge approprié, l'employeur peut demander des renseignements complémentaires lui permettant d'évaluer l'admissibilité au régime d'assurance traitement, que ce soit du point de vue de l'état d'incapacité, de la nécessité des soins médicaux et de leur suivi ou encore de la durée de l'absence. Des renseignements peuvent également être requis afin de juger de la capacité de l'employé à exercer d'autres tâches au cours de la période d'invalidité.

Note : Les coûts liés à la production de ce rapport sont aux frais de l'employé, sauf si les conventions collectives ou les conditions de travail le stipulent autrement.

Définition de la notion de l'invalidité

Selon le cas, afin d'être admissible au versement de son traitement ou des prestations de l'assurance traitement lors d'une période d'invalidité, l'employé doit démontrer que sa condition médicale correspond aux trois critères de la définition suivante :

1. l'incapacité **doit résulter d'une maladie, d'un accident, d'une complication d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale liée à la planification des naissances** ;

ET

2. la maladie (ou l'accident) **doit nécessiter des soins médicaux** ;

ET

3. l'incapacité doit rendre l'employé **totalement incapable** d'accomplir les tâches habituelles **de son emploi ou de tout autre emploi** comportant une rémunération similaire offerte par l'employeur.

Définitions

Limitations ou incapacités fonctionnelles : Entraves absolues imposées par la déficience. C'est l'expression de ce que l'employé **n'est plus capable de faire**. Elles représentent une diminution **mesurable** des possibilités d'action de l'employé.

Restrictions fonctionnelles : Entraves relatives imposées par la déficience. C'est l'expression de ce que l'employé **ne devrait pas faire** à cause du risque pour sa santé et sa sécurité. Elles ne sont pas mesurables et sont d'ordre préventif.

Utilisation temporaire de l'employé

C'est la possibilité, pour l'employeur, de placer temporairement l'employé, sous réserve de ses restrictions fonctionnelles de même que ses limitations fonctionnelles, **dans un autre emploi** ne comportant pas de danger pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique.

Retour progressif de l'employé

Un employé peut, après l'approbation de l'autorité compétente, bénéficier d'une période de réadaptation aux tâches habituelles de son emploi ou d'un emploi analogue tout en continuant d'être assujéti au régime d'assurance traitement pourvu que cette réadaptation puisse lui permettre d'accomplir **toutes les tâches** habituelles de son emploi ou d'un **emploi analogue**.

Invalidité permanente

L'employé doit être affecté d'un état pathologique **grave** et **prolongé** le rendant incapable d'accomplir ses tâches habituelles. L'état pathologique n'est **prolongé** que s'il doit durer indéfiniment, c'est-à-dire que dans l'état actuel des connaissances médicales il n'y a aucune possibilité de guérison.

Note : Ce document ayant seulement un caractère informatif, il ne se substitue ni n'ajoute en aucun cas aux définitions contenues dans les conventions collectives en vigueur dans la fonction publique.

MALADIE À CARACTÈRE PSYCHOLOGIQUE

Nom de l'employée ou de l'employé				Classe d'emploi				N° d'assurance sociale				Date de naissance		Année		Mois		Jour									
Partie D : Rapport médical (à remplir lisiblement par la ou le médecin)																											
1) DIAGNOSTIC																											
AXE I																											
AXE II																											
AXE III																											
AXE IV																											
AXE V – au début de l'invalidité										actuellement																	
Gravité de la maladie										☐ Légère				☐ Modérée				☐ Sévère									
2) TRAITEMENT Médical - médication et posologie (date de début, date de fin et date de modification s'il y a lieu)																											
☐ Psychothérapie										Fréquence																	
☐ Autres intervenants (préciser)										Fréquence																	
☐ Aucun		Est-ce que votre patiente ou patient refuse ou néglige les traitements prescrits ?																									
☐ Oui		☐ Non																									
Séjour dans un hôpital ou une clinique		Nom																									
		Du				Année		Mois		Jour		Au		Année		Mois		Jour									
3) INVALIDITÉ (définition à la page 1)																											
En quoi la maladie décrite plus haut rend-elle l'employé totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ?																											
Décrire les symptômes et les limitations fonctionnelles de même que les restrictions fonctionnelles (définitions à la page 1).																											
La maladie entraîne-t-elle des restrictions quant aux activités de la vie quotidienne et domestique (AVQ, AVD) ? Préciser.																											
4) SUIVI ET PRONOSTIC																											
Première consultation pour cette invalidité				Année		Mois		Jour		Plus récente consultation pour cette invalidité				Année		Mois		Jour		Date de la prochaine consultation		Année		Mois		Jour	
Fréquence du suivi médical								À votre connaissance, est-ce que la patiente ou le patient a antérieurement consulté pour cette maladie ?												Année		Mois		Jour			
								☐ Oui ☐ Non												Si oui, quand ?							
Consultation en spécialités médicales				Nom des médecins et leur spécialité (préciser les dates de rendez-vous si elles sont connues)																							
☐ Oui ☐ Non ☐ A été référé																											
Résultats des consultations (annexer copies si elles sont disponibles)																											
Bref rapport des investigations spécifiques et pertinentes: FSC, HB, ECG, EMG, ENG, RX, TACO, IRM, TA (fournir les trois plus récentes lectures et les dates), etc.																											
En relation avec la gravité de la maladie, l'employé peut-il, de façon sécuritaire :								Conduire un véhicule ?				Dans l'exercice de ses fonctions: – Porter une arme à feu ?								☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.							
								☐ Oui ☐ Non				– Conduire un véhicule lourd ?								☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.							
												(permis de classe 1, 2 ou 3)															
DATE DU DÉBUT DE L'INVALIDITÉ								Année		Mois		Jour		DATE PRÉVUE DE RETOUR AU TRAVAIL								Année		Mois		Jour	
RETOUR PROGRESSIF (définition à la page 1) L'employé peut-il reprendre son emploi en retour progressif ?												Oui ☐		Non ☐													
Si oui, nombre de jours par semaine		J/sem. semaines pour		J/sem. semaines pour		J/sem. semaines pour		Date de début		Année		Mois		Jour		Date de fin		Année		Mois		Jour					
UTILISATION TEMPORAIRE (définition à la page 1)																											
L'employé peut-il être affecté temporairement à un autre emploi respectant les limitations et restrictions fonctionnelles décrites précédemment ?										☐ Oui ☐ Non		Date de début		Année		Mois		Jour		Date de fin		Année		Mois		Jour	
Décrire les restrictions émises afin de protéger la santé et la sécurité de l'employé.																											
SELON VOUS, S'AGIT-IL D'UNE INVALIDITÉ TOTALE ET PERMANENTE POUR SON EMPLOI ? (définition à la page 1)																											
☐ Oui ☐ Non Si oui, l'employé pourrait-il occuper un autre emploi ? ☐ Oui ☐ Non																											
5) RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DE LA OU DU MÉDECIN Seuls les médecins légalement autorisés sont habilités à signer ce formulaire.																											
Nom de la ou du médecin (caractère d'imprimerie)						N° de permis d'exercer				Ind. rég.		N° de téléphone				Ind. rég.		N° de télécopieur									
Adresse												Province				Code postal											
Spécialité (s'il y a lieu)						Signature de la ou du médecin (reproductions et timbres non acceptés)										Date		Année		Mois		Jour					

Tout rapport incomplet, ou dont le contenu ne permet pas de justifier les recommandations faites, pourra être refusé sans autre formalité. Le ministère ou l'organisme n'est pas lié par les recommandations de la ou du médecin signataire.

MALADIE À CARACTÈRE PHYSIQUE

Nom de l'employée ou de l'employé				Classe d'emploi				N° d'assurance sociale				Date de naissance		Année		Mois		Jour									
Partie D : Rapport médical (à remplir lisiblement par la ou le médecin)																											
1) DIAGNOSTIC Maladie principale causant la présente invalidité																											
Maladies secondaires																											
Gravité de la maladie ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère Indiquer le stade, le grade ou la classe fonctionnelle, s'il y a lieu:																											
Cas de grossesse: Date prévue de l'accouchement (DPA)										Année		Mois		Jour		S'agit-il d'une complication grave? ☐ Oui ☐ Non											
2) TRAITEMENT Médical - médication et posologie (date de début, date de fin et date de modification s'il y a lieu)																											
☐ Physiothérapie Fréquence										☐ Autres (préciser) Fréquence																	
☐ Aucun		Est-ce que votre patiente ou patient refuse ou néglige les traitements prescrits? ☐ Oui ☐ Non																									
Séjour dans un hôpital ou une clinique		Nom				Du		Année		Mois		Jour		Au		Année		Mois		Jour							
☐ Chirurgie: Nature de l'intervention et procédé										Date de l'intervention		Année		Mois		Jour											
3) INVALIDITÉ (définition à la page 1)																											
En quoi la maladie décrite plus haut rend-elle l'employé totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi? Décrire les symptômes et les limitations fonctionnelles de même que les restrictions fonctionnelles (définitions à la page 1).																											
La maladie entraîne-t-elle des restrictions quant aux activités de la vie quotidienne et domestique (AVQ, AVD)? Préciser.																											
4) SUIVI ET PRONOSTIC																											
Première consultation pour cette invalidité				Année		Mois		Jour		Plus récente consultation pour cette invalidité				Année		Mois		Jour		Date de la prochaine consultation		Année		Mois		Jour	
Fréquence du suivi médical								À votre connaissance, est-ce que la patiente ou le patient a antérieurement consulté pour cette maladie? ☐ Oui ☐ Non Si oui, quand? ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.																			
Consultation en spécialités médicales				Nom des médecins et leur spécialité (préciser les dates de rendez-vous si elles sont connues)																							
☐ Oui ☐ Non ☐ A été référé																											
Résultats des consultations (annexer copies si elles sont disponibles)																											
Bref rapport des investigations spécifiques et pertinentes: FSC, HB, ECG, EMG, ENG, RX, TACO, IRM, TA (fournir les trois plus récentes lectures et les dates), etc.																											
En relation avec la gravité de la maladie, l'employé peut-il, de façon sécuritaire:								Conduire un véhicule? ☐ Oui ☐ Non				Dans l'exercice de ses fonctions: – Porter une arme à feu? ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O. – Conduire un véhicule lourd? ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O. (permis de classe 1, 2 ou 3)															
DATE DU DÉBUT DE L'INVALIDITÉ								Année		Mois		Jour		DATE PRÉVUE DE RETOUR AU TRAVAIL								Année		Mois		Jour	
RETOUR PROGRESSIF (définition à la page 1) L'employé peut-il reprendre son emploi en retour progressif?												Oui ☐		Non ☐													
Si oui, nombre de jours par semaine		J/sem. semaines pour		J/sem. semaines pour		J/sem. semaines pour		Date de début		Année		Mois		Jour		Date de fin		Année		Mois		Jour					
UTILISATION TEMPORAIRE (définition à la page 1)																											
L'employé peut-il être affecté temporairement à un autre emploi respectant les limitations et restrictions fonctionnelles décrites précédemment? ☐ Oui ☐ Non										Date de début		Année		Mois		Jour		Date de fin		Année		Mois		Jour			
Décrire les restrictions émises afin de protéger la santé et la sécurité de l'employé.																											
SELON VOUS, S'AGIT-IL D'UNE INVALIDITÉ TOTALE ET PERMANENTE POUR SON EMPLOI? (définition à la page 1)																											
☐ Oui ☐ Non Si oui, l'employé pourrait-il occuper un autre emploi? ☐ Oui ☐ Non																											
5) RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DE LA OU DU MÉDECIN Seuls les médecins légalement autorisés sont habilités à signer ce formulaire.																											
Nom de la ou du médecin (caractère d'imprimerie)						N° de permis d'exercer				Ind. rég.		N° de téléphone				Ind. rég.		N° de télécopieur									
Adresse										Province						Code postal											
Spécialité (s'il y a lieu)						Signature de la ou du médecin (reproductions et timbres non acceptés)										Date		Année		Mois		Jour					

Tout rapport incomplet, ou dont le contenu ne permet pas de justifier les recommandations faites, pourra être refusé sans autre formalité. Le ministère ou l'organisme n'est pas lié par les recommandations de la ou du médecin signataire.