

**PARTIE A : Identification (à remplir par la personne salariée)**

N°MATRICULE : \_\_\_\_\_ NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ N° DE TÉLÉPHONE : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TITRE D'EMPLOI : \_\_\_\_\_ NOM DU SUPÉRIEUR : \_\_\_\_\_

ADRESSE COURRIEL : \_\_\_\_\_

CIUSSS de l'Estrie - CHUS  
Coordination de la Prévention et soutien à la santé et sécurité au travail

500, rue Murray,  
Sherbrooke, (Québec) J1G 2K6  
Tél. : 819-780-2220, poste 47007, Télécopieur : 819-821-5108  
[santereintegration.ciuusse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:santereintegration.ciuusse-chus@ssss.gouv.qc.ca)

DHSLD	<input type="checkbox"/>	DAMU-SC	<input type="checkbox"/>	DSG	<input type="checkbox"/>	DGA-PSPGS	<input type="checkbox"/>
DSP	<input type="checkbox"/>	DCMU	<input type="checkbox"/>	DSM	<input type="checkbox"/>	DFUH	<input type="checkbox"/>
DPSMD	<input type="checkbox"/>	PDG	<input type="checkbox"/>	DQEPP	<input type="checkbox"/>	DRHCAJ	<input type="checkbox"/>
DRF	<input type="checkbox"/>	DAL	<input type="checkbox"/>	DRS	<input type="checkbox"/>		
DSSCC	<input type="checkbox"/>	DSPublique	<input type="checkbox"/>	DIR ACCOM	<input type="checkbox"/>		
DPJ/DPJE	<input type="checkbox"/>	DSADSSG	<input type="checkbox"/>	CPQS	<input type="checkbox"/>		
DSI	<input type="checkbox"/>	DST	<input type="checkbox"/>	DRIT	<input type="checkbox"/>		

**\*\* AUTORISATION DE LA PERSONNE SALARIÉE \*\***

Je déclare les informations ci-dessus exactes et autorise les médecins et les représentants autorisés des hôpitaux ou cliniques à fournir à mon employeur ou son représentant mandaté et à son service de support conseil en assurance-salaire tous les renseignements pertinents se rapportant à mon état de santé et relatifs à l'invalidité ou à la période d'absence décrite dans la présente réclamation. Je consens également à ce que mon employeur puisse obtenir les notes de consultation de la présente invalidité qui a été débutée le : \_\_\_\_\_  
(date de début d'invalidité)

J'autorise le médecin conseil de la coordination de la Prévention et soutien à la santé et sécurité au travail du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, le(s) médecin(s) expert(s) ou tous autre(s) intervenant(s) autorisé(s) à communiquer avec mon(mes) médecin(s) traitant(s), spécialiste(s) ou thérapeute(s) afin de leur transmettre tous renseignements pertinents se rapportant à mon dossier et relatifs à l'invalidité ou la période d'absence en cours.

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

\* Cette réclamation d'assurance salaire doit être dûment complétée par la personne salariée et son médecin traitant afin d'éviter tout retard dans le traitement de la demande et retournée à l'employeur. Les frais pour compléter ce document sont à la charge du patient.

Cette invalidité concerne-t-elle l'un des organismes suivants? (cocher)

- Société de l'assurance-automobile du Québec (SAAQ)  
 Indemnisation des victimes du Québec d'actes criminels (IVAC)  
 Régime de rentes du Québec (RRQ)

**INFORMATIONS GÉNÉRALES**

À la personne salariée réclamant des prestations d'assurance salaire et au médecin traitant

**DÉFINITION D'INVALIDITÉ**

\* Critère 1

Pour être admissible à des prestations d'assurance salaire, la personne salariée doit démontrer que sa condition médicale correspond aux 3 critères de la définition suivante :

\* Critère 2

État d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication de grossesse, d'une condition relative à la planification familiale ou d'un don d'organe (**diagnostic**);

\* Critère 3

Qui fait l'objet d'un **suivi médical**;

Qui rend la personne salariée **totalelement incapable** d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue offert par l'employeur et comportant une rémunération similaire.

**Réadaptation en invalidité, en retour progressif au travail ou en assignation temporaire**

Une personne salariée peut, après l'approbation de l'autorité compétente et sous réserve des dispositions prévues aux conventions collectives, bénéficier d'une période de réadaptation aux tâches habituelles de son emploi, tout en continuant d'être assujettie au régime d'assurance salaire. Le médecin doit alors justifier l'**incapacité partielle**.

**NOTE :** Ce document ayant seulement un caractère informatif, il ne se substitue ni n'ajoute en aucun cas aux dispositions contenues aux conventions collectives en vigueur dans les secteurs publics et parapublics.

**PARTIE B : Rapport médical (à remplir par le MÉDECIN TRAITANT)**

\* DIAGNOSTIC | Critère 1

**Diagnostic**

Principal : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

## SELON LA CLASSIFICATION MULTIAXIALE DU DSM-IV

Axe I \_\_\_\_\_

(Troubles cliniques psychiatriques)

Axe II \_\_\_\_\_

(Troubles de la personnalité, toxicomanie, alcoolisme, problèmes de jeu)

Axe III \_\_\_\_\_

(Maladies physiques)

Axe IV \_\_\_\_\_

(Problèmes psychosociaux et environnementaux, problèmes au travail)

Axe V \_\_\_\_\_

(Évaluation globale du fonctionnement)

\* SUIVI MÉDICAL | Critère 2

Cette personne a-t-elle été référée à un autre **spécialiste** : OUI  NON  Nom et spécialité : \_\_\_\_\_

Résultat de la consultation : \_\_\_\_\_

 **EXAMENS DIAGNOSTIQUES** Préciser : \_\_\_\_\_ Résultats : \_\_\_\_\_ **HOSPITALISATION** Du : \_\_\_\_\_ Au : \_\_\_\_\_ **CHIRURGIE**: Couvert RAMQ: OUI  NON  Préciser : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ **PHYSIOTHÉRAPIE/ ERGOTHÉRAPIE** Début : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_ **PSYCHOTHÉRAPIE** Début : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_ **PHARMACOLOGIE** Préciser : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

Préciser : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

 **AUTRE** Préciser : \_\_\_\_\_

PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL

 **Retour au travail régulier** Date : \_\_\_\_\_ **Retour progressif dans son poste** Du : \_\_\_\_\_ Au : \_\_\_\_\_

Modalités : \_\_\_\_\_

Raisons de l'incapacité partielle : \_\_\_\_\_

 **Assignation temporaire** (Tâches allégées) Du : \_\_\_\_\_ Au : \_\_\_\_\_

Modalités : \_\_\_\_\_

Restrictions médicales : \_\_\_\_\_

\* INCAPACITÉ | Critère 3

Identifier les raisons médicales qui rendent la personne salariée **incapable** d'occuper son emploi ou tout emploi offert par l'employeur : \_\_\_\_\_

Durée approximative de l'incapacité : Nombre semaines \_\_\_\_\_ Nombre mois \_\_\_\_\_ Date approx. de retour: \_\_\_\_\_

S'agit-il d'une incapacité totale et permanente pour son emploi ? OUI  NON Avez-vous complété des documents pour :  RRQ  SAAQ  CSST  IVAC

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

NOM DU MÉDECIN (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ ADRESSE \_\_\_\_\_ N° PERMIS \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU MÉDECIN (estampille non acceptée) \_\_\_\_\_ N° DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

SPÉCIALITÉ DU MÉDECIN \_\_\_\_\_ N° DE TÉLÉCOPIEUR \_\_\_\_\_