



Déclaration du médecin traitant Services de santé au travail

La déclaration du médecin traitant (DMT) doit être remplie en cas d'absence de plus de 40 heures consécutives ou à la suite d'une demande de mesures d'adaptation au travail pour des raisons médicales et/ou une demande de détermination pour l'admissibilité aux prestations de soins de santé. Le présent formulaire doit être retourné **directement** aux Services de santé au travail.

Partie A – Membre

Centre de coûts (A9999)	N° de SIGRH	Nom complet	Initiales	DDN (aaaa-mm-jj)
Adresse du service		Division	N° de tél. au bureau (avec l'ind. rég.)	N° de tél. à domicile (avec l'ind. rég.)
Adresse courriel personnelle				Grade

Je consens par la présente à autoriser mon médecin ou professionnel de la santé à fournir toute information concernant mon état de santé aux Services de santé au travail de la Gendarmerie royale du Canada aux fins d'un examen de santé au travail et d'une évaluation de mon aptitude au travail, et pour les besoins de la gestion des cas d'incapacité et aux fins de la planification du retour au travail et des mesures d'adaptation au travail et/ou une demande de détermination pour l'admissibilité aux prestations de soins de santé.

Les renseignements sont recueillis par les Services de santé au travail de la Gendarmerie royale du Canada aux fins de l'application des programmes de santé au travail conformément à la *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada* et au *Règlement de la GRC, 2014*. Ces renseignements sont recueillis et seront conservés conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. L'information sera conservée conformément aux dispositions relatives au Fichier de renseignements personnels PPE 808.

La recommandation concernant l'aptitude au travail est susceptible d'être révisée par les Services de santé au travail.

Signature	Date (aaaa-mm-jj)
-----------	-------------------

Partie B – Médecin traitant

La GRC accepte les honoraires professionnels qui n'excèdent pas ceux recommandés par l'association professionnelle provinciale ou territoriale pour ce type de services administratifs.

Diagnostic primaire (ou diagnostic au dossier)

Diagnostic secondaire

La patiente est-elle enceinte? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date prévue ou réelle d'accouchement (aaaa-mm-jj)	Date de la première visite médicale (aaaa-mm-jj)
---	---	--

Date à laquelle le patient est devenu incapable de travailler (aaaa-mm-jj)	Date de la prochaine visite (aaaa-mm-jj)
--	--

Décrivez l'état du patient, plus particulièrement ses symptômes (bref historique, gravité et fréquence).

Veillez joindre les copies des résultats de tests ou des examens pertinents ainsi que les rapports de consultation de spécialistes accompagnés des délais prévus.

Pronostic

S'attend-on à un rétablissement complet? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu pour le moment	Date prévue de retour au travail (aaaa-mm-jj)	Si inconnu, date de la prochaine réévaluation (aaaa-mm-jj)
--	---	--

À la date prévue de retour au travail, recommandez-vous que le patient retourne
 Avec limitations ou restrictions (veuillez remplir la partie C) Sans limitations et restrictions

Date prévue du début des limitations ou restrictions (aaaa-mm-jj)	Date prévue de la fin des limitations ou restrictions (aaaa-mm-jj)
---	--

Plan de traitement

Veillez décrire le plan de traitement, y compris la liste des médicaments prescrits et des chirurgies prévues. (dates et types, etc.)

Déclaration du médecin traitant

Services de santé au travail

Protégé B
une fois rempli

Si le plan de traitement prévoit une chirurgie ou une hospitalisation, veuillez préciser :

Procédure	Date d'admission (aaaa-mm-jj)	Date de congé (aaaa-mm-jj)
-----------	-------------------------------	----------------------------

Partie C – Médecin traitant – Limitations et restrictions physiques et/ou cognitives découlant d'un diagnostic

Limitations ou restrictions physiques

Votre patient présente-t-il des limitations ou des restrictions physiques? Oui Non

- Restriction : Incapacité totale de faire une partie ou une autre d'une tâche ou d'une activité, à la suite d'une maladie ou d'une blessure.
- Limitation : Toute contrainte à l'exécution complète d'une tâche ou d'une activité, à la suite d'une blessure ou d'une maladie.
- Exemple : Si la limitation ou restriction figure dans la colonne « Activité », veuillez indiquer s'il s'agit d'une restriction. Si vous sélectionnez « Non », veuillez fournir des détails concernant la limitation de votre patient. (Ex. : soulever des charges de 10 lb ou moins à l'occasion)
- Limitations : Limitation occasionnelle (0 %-33 % d'une journée de travail); Limitation fréquente (34 %-66 % d'une journée de travail); Limitation constante (67 %-100 % d'une journée de travail)

Activité	Restriction	Limitation - Préciser le poids, la durée ou la distance	Limitation - occasionnelle	Limitation - fréquente	Limitation - constante	Commentaires
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Limitations ou restrictions cognitives ou mentales

Votre patient présente-t-il des limitations ou des restrictions cognitives ou mentales? Oui Non

- Restriction : Incapacité totale de faire une partie ou une autre d'une tâche ou d'une activité, à la suite d'une maladie ou d'une blessure.
- Limitation : Toute contrainte à l'exécution complète d'une tâche ou d'une activité, à la suite d'une blessure ou d'une maladie.
- Exemple : Si la limitation ou restriction figure dans la colonne « Activité », veuillez indiquer s'il s'agit d'une restriction. Si vous sélectionnez « Non », veuillez fournir des détails concernant la limitation de votre patient. (Ex. : Compréhension – doit recevoir des directives par écrit)

Activité	Restriction	Limitation - Veuillez préciser (s'il y a lieu)
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Autre :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Autre :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Commentaires

Déclaration du médecin traitant

Services de santé au travail

Protégé B
une fois rempli

Partie D – Médecin traitant – Indication de blessure ou de maladie liée au travail

Le membre signale-t-il que son état a été causé par un incident ou une blessure au travail? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> No	Date de l'accident ou de la blessure (aaaa-mm-jj)
---	---

À votre avis, le diagnostic médical est-il lié à la blessure ou à la maladie liée au travail signalée?

Renseignements sur le médecin traitant

Nom et adresse ou estampe du médecin ou du professionnel de la santé		
--	--	--

N° de permis d'exercice	Signature	Date (aaaa-mm-jj)
-------------------------	-----------	-------------------

Partie E – Distribution

• Dossier de santé au travail divisionnaire du membre
