

N° d'assurance maladie

Prénom et nom  
à la naissance

Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe	Année	Mois
				Date d'expiration		
Init.	Nom du médecin	N° de permis	N° de groupe			

Date

Événement d'origine

Événement sur une période         au

Rechute ou aggravation

Visite

Cochez s'il y a eu un arrêt de travail ou un arrêt des études en raison de l'acte criminel ou du sauvetage.

**Diagnostic(s) précis découlant de la blessure et renseignements complémentaires**

(nature et durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SIÈGE(S) DE LA BLESSURE** (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)

- Crâne     Oreilles     Visage     Yeux     Dents     Cervical     Dorsal
- Lombaire     Sacré     Thorax     Bassin     Abdomen     Psychologique
- Autres diagnostics actuels physiques ou psychiques pouvant avoir des répercussions (*précisez*)

**Membre supérieur**

- |                                     |                          |                                  |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Gauche                              | Droite                   | Gauche                           | Droite                   |
| <input type="checkbox"/> Épaule     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bras       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Main    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Coude      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Doigts  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Avant-bras | <input type="checkbox"/> |                                  |                          |

**Membre inférieur**

- |                                 |                          |                                   |                          |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Gauche                          | Droite                   | Gauche                            | Droite                   |
| <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cheville | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cuisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pied     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Genou  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Orteils  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Jambe  | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |

Indiquez si la personne victime/le sauveteur a pu vaquer à ses occupations habituelles :

Oui  Non Si non, précisez : \_\_\_\_\_

**Date prévisible de consolidation**

14 jours ou moins

ou

plus de 14 jours

Durée prévisible à compter de la présente visite \_\_\_\_\_ Nombre de semaines

**Reverrez-vous la personne victime/le sauveteur ?**

Oui  Non Si oui, date prévue :

**Référence à un autre médecin ?**

Oui  Non Si oui, date de référence :

Nom du médecin \_\_\_\_\_

J'assurerai le suivi malgré cette référence  Oui  Non

**Lieu de la visite**

**Nom de la clinique ou de l'établissement de santé**

Adresse rue, app. \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province/État \_\_\_\_\_

Code postal

Téléphone

Télécopieur

Signature du médecin

Date

Cochez si médecin non participant à la RAMQ

Cochez s'il y a lieu  Victime d'un acte criminel  Sauveteur (acte de civisme)

« Le médecin, le chirurgien ou le représentant d'un centre hospitalier qui a traité un travailleur ou en a pris soin ou a été consulté à son sujet et l'expert qui l'a examiné à la demande de la commission doivent faire rapport à cette dernière, de leurs constatations, traitements et recommandations, dans les six jours du premier traitement, de la consultation ou de l'examen ; ils doivent également fournir à la commission les rapports qu'elle leur demande relativement à ce travailleur, et qui, selon la commission, sont pertinents pour rendre une décision sur sa réclamation ; et à défaut de faire ces rapports, chacun d'eux perd le droit de recouvrer le coût de ses services. »

(LAT, art. 54)

#### Rappel pour le médecin qui remplit ce formulaire

1. Assurez-vous d'avoir pris connaissance du *Guide d'utilisation des formulaires médicaux* avant de remplir ce formulaire.
2. **Le médecin qui remplit ce formulaire doit fournir tous les renseignements demandés conformément au *Guide*.** Si les renseignements fournis sont incomplets ou manquants, ils devront être fournis sans frais supplémentaires à la demande de la Direction générale de l'IVAC.
3. Le médecin qui remplit une attestation médicale remet trois copies à la personne victime ou au sauveteur : celles du Réclamant, de la partie Autre et de la Direction générale de l'IVAC.
4. CONSOLIDATION : Guérison ou stabilisation d'une blessure à la suite de laquelle aucune amélioration de l'état de santé de la personne victime/du sauveteur ou de cette blessure n'est prévisible.
5. Code RAMQ :  
- Attestation médicale : 15795