

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 | Numéro | Groupe | | | |
| | | | | | | |

Date

Événement
d'origine

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | A | A | A | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Événement
sur une période

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | A | A | A | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

 au

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | A | A | A | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Rechute ou
aggravation

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | A | A | A | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Visite

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | A | A | A | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Espace réservé à la Direction générale de l'IVAC

N° de dossier IVAC de la
personne victime/du sauveteur

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Diagnostic(s) précis de la blessure et symptômes physiques/psychiques/signes cliniques révélés à l'examen :

Personne victime/sauveteur en arrêt
de travail ou arrêt des études ?

 Oui Non

Personne victime/sauveteur en mesure
de vaquer à ses occupations habituelles ?

 Oui Non

Période prévisible de consolidation

Nombre de jours
à compter de la visite

ou

Nombre de semaines
à compter de la visite

Évolution de la blessure

Condition améliorée

Stable

Détériorée

Examen(s) prescrit(s) depuis la dernière visite

Limitations fonctionnelles
temporaires à prévoir

 Oui Non Ne sais pas

Si oui, lesquelles :

Séquelles permanentes à prévoir

 Oui Non Ne sais pas

Traitement(s) prescrit(s) ou en cours depuis la dernière visite

Physiothérapie Ergothérapie Psychothérapie

Autre(s) : _____

Chirurgie prévue

Oui Non Le cas échéant, date de signature de la requête :

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | A | A | A | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Type d'intervention _____

Nom de l'établissement de santé ou du médecin

Reverrez-vous la personne victime/le sauveteur ?

Oui Non Si oui, date prévue :

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | A | A | A | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Référence à un autre médecin

Oui Non

Si oui, date de référence :

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | A | A | A | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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

Télocopieur

Nom du médecin

Signature du médecin
et numéro

Date

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | A | A | A | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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 **rapport médical** doit être rempli par le médecin qui effectue le suivi médical de la personne victime/du sauveteur. En effet, le médecin doit faire rapport à la Direction générale de l'IVAC de ses constatations, traitements et recommandations (Le rapport est rempli chaque fois que ce médecin observe des changements significatifs dans la nature et la durée des soins ou des traitements donnés à la personne victime/au sauveteur). Ce rapport **doit être expédié à la Direction générale de l'IVAC dans les six (6) jours du premier traitement, de la consultation ou de l'examen.**
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 ni de cette blessure n'est prévisible.
5. Code RAMQ :
- Rapport médical : 15796

NOTE : LORSQUE LA BLESSURE EST CONSOLIDÉE, IL FAUT REMPLIR UN RAPPORT FINAL.