

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE SALAIRE EN SANTÉ MENTALE

NOM : _____	PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : ____/____/____	MATRICULE : _____

Autorisation de la personne salariée**

Je déclare les informations ci-dessous exactes et autorise les médecins et les représentants des hôpitaux ou cliniques à fournir à mon employeur tous les renseignements pertinents se rapportant à mon dossier d'invalidité ou à la période d'absence décrite dans la présente réclamation.

Signature : _____ Date : ____/____/____

J'autorise les intervenants et les médecins désignés du service de santé et sécurité du travail du CIUSSS COÎM ainsi que le(s) médecin(s) expert(s) à communiquer avec mon (mes) médecin(s) traitant(s), spécialiste(s) ou thérapeute(s) afin de leur transmettre tout rapport et/ou renseignement pertinent se rapportant à mon dossier d'invalidité ou à la période d'absence décrite dans la présente réclamation.

Signature : _____ Date : ____/____/____

**** L'absence d'autorisation de la personne salariée peut entraîner un délai dans le traitement de la demande.**

Informations générales à la personne salariée réclamant des prestations d'assurance salaire et au médecin traitant

Définition d'invalidité

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

- **Critère 1** : état d'incapacité d'une maladie ou d'un accident et d'une complication de grossesse ou d'une condition relative à la planification familiale ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse. **ET**
- **Critère 2** : qui fait l'objet d'un suivi médical **ET**
- **Critère 3** : qui rend la personne salariée totalement 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 ou retour progressif au travail

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 tout en continuant d'être assujéti au régime d'assurance salaire.

Date du début de l'invalidité : ____/____/____

Avez-vous complété des documents? Oui Non

RRQ ____/____/____ SAAQ ____/____/____ CNESST ____/____/____ IVAC ____/____/____

Diagnostic :

Axe I (maladie psychiatrique) : _____

Axe II (troubles ou traits de personnalité) : _____

Axe III (maladie physique) : _____

Axe IV (stresseurs) : _____

Axe V (échelle globale du fonctionnement) : _____

Date de début des symptômes : ____/____/____

Éléments déclencheurs : _____

Éléments persistants : _____

L'invalidité a-t-elle un lien avec le travail? Oui Non Si oui, précisez : _____

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE SALAIRE EN SANTÉ MENTALE

Intensité de la symptomatologie selon votre évaluation globale :

Intermittente Mineure Modérée Sévère

Évaluation de la condition symptomatologique en suivi de la première évaluation (Cocher la case appropriée)

Légende : état stable = amélioration ↑ détérioration ↓

= ↓ ↑	= ↓ ↑	= ↓ ↑
Abus d'alcool/substance <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fatigue/ Insomnie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Phobie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Activation psychomotrice <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Idées suicidaires <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pleurs/ Tristesse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anhédonie/ Perte d'intérêt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Irritabilité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Poids/ Perte d'appétit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anxiété <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Isolement social <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ralentissement moteur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Attaque de panique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Libido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Autres _____
Concentration/ Trouble de mémoire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obsessions/Compulsions <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

Traitement :

Hospitalisation Du ____/____/____ au ____/____/____
 Centre de jour Date de début : ____/____/____ Fréquence : _____
 Pharmacothérapie Préciser : _____ Posologie : _____
 Préciser : _____ Posologie : _____
 Préciser : _____ Posologie : _____
 Psychothérapie : Date de début : ____/____/____ Fréquence : _____
 Type de thérapie : _____ Consultation prévue : ____/____/____

Plan de retour au travail :

Retour au travail régulier Date : ____/____/____
 Période de réadaptation : à compter du ____/____/____
 Retour au travail progressif dans son poste
 Retour au travail à des tâches allégées
 Modalités et/ou restrictions médicales : _____

 Date prévisible de retour au travail : ____/____/____ Date du prochain rendez-vous médical : ____/____/____
 Quelles sont les raisons médicales objectives justifiant la prolongation de l'invalidité?

 Avez-vous des recommandations particulières pouvant faciliter le retour au travail?

Identification du médecin

NOM DU MÉDECIN (en caractères d'imprimerie) _____ N° de permis : _____
 Spécialité du médecin : _____
 N° de téléphone : _____ N° de télécopieur : _____
 Signature du médecin (estampille non acceptée) _____ Date : ____/____/____