



1. (Écrire en lettres moulées) IDENTIFICATION DU SALARIÉ	N° D'ASSURANCE SOCIALE
<p>NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM(S) _____</p> <p>NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT _____ VILLE _____</p> <p>COMTÉ, PROVINCE _____ CODE POSTAL _____ ADRESSE PERMANENTE <input type="checkbox"/></p> <p>_____ ADRESSE TEMPORAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>ÊTES-VOUS? <input type="checkbox"/> DROITIER <input type="checkbox"/> GAUCHER</p>	<p>_____</p> <p>DATE DE NAISSANCE</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Année Mois Jour</p> <p>N° DE TÉLÉPHONE DE L'ASSURÉ</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Ind. rég.</p>
2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'INVALIDITÉ	
<p>A) VOTRE INCAPACITÉ EST-ELLE TERMINÉE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, À QUELLE DATE? _____</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Année Mois Jour</p> <p>B) DEPUIS LE DÉBUT DE VOTRE INVALIDITÉ, AVEZ-VOUS TENTÉ DE REPRENDRE VOTRE TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON UN AUTRE TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>SI OUI, POUR QUELLE PÉRIODE? DU _____ AU _____</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Année Mois Jour Année Mois Jour</p> <p>DESCRIPTION: _____</p> <p>C) PRÉVOYEZ-VOUS REPRENDRE VOTRE TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI NON, POURQUOI? _____</p> <p>_____</p> <p>D) PRÉVOYEZ-VOUS REPRENDRE UN AUTRE TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI NON, POURQUOI? _____</p> <p>_____</p> <p>E) EXPLIQUEZ LES RAISONS POUR LESQUELLES VOTRE INVALIDITÉ VOUS EMPÊCHE ACTUELLEMENT DE TRAVAILLER.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
3. RENSEIGNEMENTS SUR LES AUTRES ACTIVITÉS	
<p>A) DEPUIS LE DÉBUT DE VOTRE INVALIDITÉ AVEZ-VOUS FAIT DES ACTIVITÉS LUCRATIVES? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>SI OUI, VEUILLEZ NOUS FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS:</p> <p>POUR QUELLE PÉRIODE? DU _____ AU _____</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Année Mois Jour Année Mois Jour</p> <p>DESCRIPTION: _____</p> <p>_____</p>	
4. TRAITEMENTS	
<p>ÊTES-VOUS EN ATTENTE:</p> <p>A) D'UN EXAMEN (RADIOLOGIQUE, DE LABORATOIRE, RÉSONANCE MAGNÉTIQUE, ETC.) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON DATE PRÉVUE: _____</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Année Mois Jour</p> <p>PRÉCISEZ: _____</p> <p>B) D'UN TRAITEMENT (PHYSIOTHÉRAPIE, ERGOTHÉRAPIE, INFILTRATION, CHIRURGIE, ETC.) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON DATE PRÉVUE: _____</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Année Mois Jour</p> <p>PRÉCISEZ: _____</p> <p>C) D'UNE CONSULTATION AVEC UN OU DES MÉDECINS (OMNIPRATICIEN, SPÉCIALISTE, ETC.) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>1) NOM DU MÉDECIN: _____ SPÉCIALITÉ: _____ DATE PRÉVUE: _____</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Année Mois Jour</p> <p>2) NOM DU MÉDECIN: _____ SPÉCIALITÉ: _____ DATE PRÉVUE: _____</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Année Mois Jour</p>	

5. IDENTIFICATION DES MÉDECINS TRAITANTS

NOM	SPECIALITÉ	DATE DE LA DERNIÈRE VISITE	DATE DE LA PROCHAINE VISITE
1) _____	_____	Année Mois Jour	Année Mois Jour
2) _____	_____	Année Mois Jour	Année Mois Jour
3) _____	_____	Année Mois Jour	Année Mois Jour

6. RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS ET LES PRESTATIONS

RECEVEZ-VOUS DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ OU DE RETRAITE OU AVEZ-VOUS DÉPOSÉ UNE DEMANDE AUPRÈS DE:

VEUILLEZ RÉPONDRE À CHACUNE DES QUESTIONS

	DATE DE LA DEMANDE	NUMÉRO DU DOSSIER OU DE LA DEMANDE	DEMANDE ACCEPTÉE	DEMANDE REFUSÉE	DEMANDE EN APPEL DE LA DÉCISION
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CSST) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL OU LES MALADIES PROFESSIONNELLES D'UNE AUTRE PROVINCE OU D'UN ÉTAT ÉTRANGER (EX.: ÉTATS-UNIS) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS (IVAC) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DE QUÉBEC <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOI SUR L'ASSURANCE-EMPLOI (DÉVELOPPEMENT ET RESSOURCES HUMAINES CANADA) OU D'UNE LOI AU MÊME EFFET D'UN ÉTAT ÉTRANGER (EX.: ÉTATS-UNIS) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME DE RETRAITE DE L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRE RÉGIME COLLECTIF DE RETRAITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRE RÉGIME INDIVIDUEL OU COLLECTIF D'ASSURANCE SALAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES REVENUS (EX.: EMPLOI, INDEMNITÉ DE CESSATION D'EMPLOI, ETC.) PRÉCISEZ: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Année Mois Jour	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI VOUS AVEZ RÉPONDU «OUI» À L'UNE DE CES QUESTIONS, IL EST POSSIBLE QU'UNE RÉDUCTION DE LA PRESTATION (EN TENANT COMPTE DE VOS REVENUS) OU QU'UNE EXCLUSION SOIT APPLICABLE ET CE, CONFORMÉMENT AU RÈGLEMENT SUR LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES D'AVANTAGES SOCIAUX DANS L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION.

NOTE: SI DES FRAIS SONT EN COURUS POUR FAIRE REMPLIR CE FORMULAIRE PAR VOTRE MÉDECIN, UN MONTANT MAXIMAL ADMISSIBLE PEUT ÊTRE REMBOURSABLE PAR MÉDIC. S'IL Y A LIEU VEUILLEZ JOINDRE VOTRE REÇU ORIGINAL AU PRÉSENT FORMULAIRE.

7. CERTIFICATION

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DE TOUS LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS À L'APPUI DE MA DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE ET/OU DE CRÉDITS D'HEURES.

SIGNATURE DU SALARIÉ (OBLIGATOIRE)

DATE: Année Mois Jour



8. AUTORISATION

J'AUTORISE TOUTE PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE DONNANT DES SERVICES D'ORDRE MÉDICAL (MÉDECINS-HÔPITAUX), DE MÊME QUE LES COMPAGNIES D'ASSURANCES, BUREAU D'ENQUÊTE, EMPLOYEURS, LE BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC, LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, LA SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, LA RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC ET DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA, À TRANSMETTRE À LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) OU À SES REPRÉSENTANTS AUTORISÉS TOUS LES RENSEIGNEMENTS QU'ILS POSSÈDENT À MON SUJET RELATIVEMENT À MA DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE ET/OU DE CRÉDITS D'HEURES.

LES RENSEIGNEMENTS AINSI TRANSMIS À LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) NE DOIVENT SERVIR QU'À L'ÉTUDE DE MA DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE ET/OU DE CRÉDITS D'HEURES CONFORMÉMENT AUX DISPOSITIONS DU RÈGLEMENT SUR LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES D'AVANTAGES SOCIAUX DANS L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION. TOUTEFOIS, ILS POURRONT ÊTRE DIVULGUÉS À TOUTE PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE PARTICIPANT À L'ÉTUDE DE CETTE DEMANDE OU À D'AUTRES PERSONNES SI LA LOI L'EXIGE OU SI JE L'AUTORISE EXPRESSÉMENT.

LA PRÉSENTE AUTORISATION OU UNE COPIE DE CELLE-CI SERA VALIDE TANT QUE DURERA L'ÉTUDE DE DEMANDE

SIGNATURE DU SALARIÉ (OBLIGATOIRE)

DATE: Année Mois Jour





IDENTIFICATION DU SALARIÉ

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM(S) _____ N° D'ASSURANCE SOCIALE _____

1. CIRCONSTANCES

SI VOUS N'AVEZ PAS DÉJÀ RÉPONDU À CES QUESTIONS SUR UNE DÉCLARATION ANTÉRIEURE OU S'IL S'AGIT D'UNE NOUVELLE CONDITION MÉDICALE, VOUS DEVEZ REMPLIR CETTE SECTION. SI NON, PASSEZ À LA SECTION 2.

A) SELON VOUS, L'AFFECTION POURRAIT-ELLE ÊTRE ATTRIBUABLE À: ACCIDENT DE TRAVAIL MALADIE PROFESSIONNELLE ACCIDENT DE VÉHICULE MOTEUR
 AUTRE ACCIDENT AUTRE MALADIE

B) DATE D'APPARITION DES SYMPTÔMES OU DATE DE L'ACCIDENT: _____ DATE DU DÉBUT DE L'INVALIDITÉ TOTALE: _____
Année Mois Jour Année Mois Jour

C) CE PATIENT A-T-IL DÉJÀ SOUFFERT D'UNE AFFECTION DE CE GENRE? OUI NON DATE _____
Année Mois Jour

2. DIAGNOSTIC

A) PRINCIPAL: _____

B) SECONDAIRE: _____

C) SYMPTÔMES SUBJECTIFS: _____

D) SIGNES OBJECTIFS: _____

E) ÉVALUATION DE LA CONDITION DU PATIENT: AMÉLIORÉE DÉTÉRIORÉE STABLE COMMENTAIRES: _____

F) RÉSULTATS DES INVESTIGATIONS DEMANDÉES (EXAMENS, RADIOGRAPHIES, ECG, ETC.): _____ DATE _____
Année Mois Jour

3. TRAITEMENT

A) DATE DE LA PREMIÈRE VISITE: _____ B) DATE DE LA DERNIÈRE VISITE: _____ C) DATE DE LA PROCHAINE VISITE: _____
Année Mois Jour Année Mois Jour Année Mois Jour

D) FRÉQUENCE DES VISITES: HEBDOMADAIRE MENSUELLE AUTRES PRÉCISEZ: _____

E) NATURE DES TRAITEMENTS: ACTUELS: _____ À VENIR: _____

F) DURÉE PROBABLE DU TRAITEMENT ACTUEL: _____ DÉBUT: _____ FIN: _____ FRÉQUENCE: _____

G) MÉDICATION PRESCRITE ET POSOLOGIE: _____

H) RÉPONSE DU PATIENT AU TRAITEMENT: _____

I) LE PATIENT SUIV-IL LES TRAITEMENTS RECOMMANDÉS? OUI NON SI NON, VEUILLEZ PRÉCISER: _____

J) QUEL EST VOTRE PRONOSTIC: _____

K) AVEZ-VOUS RÉFÉRÉ CETTE PERSONNE À UN AUTRE MÉDECIN? NON OUI DATE _____
Année Mois Jour
NOM DU MÉDECIN: _____ SPÉCIALITÉ: _____

L) DATE DE LA CHIRURGIE (S'IL Y A LIEU) _____ DESCRIPTION: _____
Année Mois Jour

4. INCAPACITÉ PHYSIQUE

A) LE PATIENT EST-IL? SUR PIED RETENU À LA MAISON ALITÉ HOSPITALISÉ

CATÉGORIE 1 - (AUCUNE RESTRICTION - APTÉ À UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE SOUTENUE 0 - 10%)

CATÉGORIE 2 - (LÉGÈRE RESTRICTION - APTÉ À UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE MODÉRÉE 15 À 30%)

CATÉGORIE 3 - (RESTRICTION MODÉRÉE - APTÉ À UNE ACTIVITÉ LÉGÈRE 35 À 55%)

CATÉGORIE 4 - (RESTRICTION MARQUÉE - APTÉ À UNE ACTIVITÉ MINIME 60 À 70%)

CATÉGORIE 5 - (RESTRICTION SÉVÈRE - INAPTE À UNE ACTIVITÉ MÊME MINIME 75 À 100%)

5. INCAPACITÉ PSYCHOLOGIQUE (SI L'INVALIDITÉ Y EST RELIÉE)

A) DATE DE DÉBUT D'INVALIDITÉ POUR LA CONDITION PSYCHOLOGIQUE: Année Mois Jour

B) VEUILLEZ NOUS FAIRE PART DE VOTRE ÉVALUATION MULTIAXIALE SELON LE DSM-IV

AXE 1: _____

AXE 2: _____

AXE 3: _____

AXE 4: _____

AXE 5: _____

C) VEUILLEZ NOUS INDIQUER DANS QUELLE CATÉGORIE SE SITUE VOTRE PATIENT ACTUELLEMENT:

- CATÉGORIE 1 - (AUCUNE RESTRICTION - (PEUT FAIRE FACE AUX SITUATIONS STRESSANTES ET SOCIALES)
CATÉGORIE 2 - (LÉGÈRE RESTRICTION - (PEUT FAIRE FACE À LA PLUPART DES SITUATIONS STRESSANTES ET SOCIALES)
CATÉGORIE 3 - (RESTRICTION MODÉRÉE - (NE PEUT FAIRE FACE QU'À DES SITUATIONS STRESSANTES OU SOCIALES RESTREINTES)
CATÉGORIE 4 - (RESTRICTION MARQUÉE - (INCAPABLE DE FAIRE FACE À DES SITUATIONS STRESSANTES OU SOCIALES)
CATÉGORIE 5 - (RESTRICTION SÉVÈRE - (ACCUSE UNE PERTE IMPORTANTE AU NIVEAU DE SES APTITUDES PSYCHOLOGIQUES ET SOCIALES)

6. CONDITION CARDIAQUE (SI L'INVALIDITÉ Y EST RELIÉE)

A) CAPACITÉ FONCTIONNELLE CARDIAQUE CATÉGORIE 1 - (AUCUNE RESTRICTION) CATÉGORIE 2 - (LÉGÈRE RESTRICTION)
CATÉGORIE 3 - (RESTRICTION MARQUÉE) CATÉGORIE 4 - (RESTRICTION COMPLÈTE)

B) TENSION ARTÉRIELLE (DERNIÈRE VISITE): SYSTOLIQUE / DIASTOLIQUE

7. INCAPACITÉ

A) CETTE PERSONNE EST-ELLE CAPABLE D'EFFECTUER LES TÂCHES HABITUELLES DE SA FONCTION? OUI NON

B) SI NON, QUELLES SONT LES RAISONS MÉDICALES OBJECTIVES QUI L'EN EMPÊCHENT?

C) EXISTE-T-IL DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES? OUI NON S'IL Y EN A, SONT-ELLES? PERMANENTES TEMPORAIRES PRÉCISEZ LA DURÉE:
VEUILLEZ LES DÉCRIRE:

D) DATE À LAQUELLE CETTE PERSONNE POURRA REPRENDRE LES TÂCHES HABITUELLES DE SA FONCTION: Année Mois Jour

E) CETTE PERSONNE EST-ELLE CAPABLE DE SE LIVRER À UNE OCCUPATION LUCRATIVE ADAPTÉE À SA CONDITION MÉDICALE (EX.: TRAVAIL LÉGER OU SÉDENTAIRE)? OUI NON

F) SI NON, QUELLES SONT LES RAISONS MÉDICALES OBJECTIVES QUI L'EN EMPÊCHENT?

G) DATE À LAQUELLE CETTE PERSONNE POURRA EFFECTUER UNE OCCUPATION LUCRATIVE ADAPTÉE À SA CONDITION MÉDICALE: Année Mois Jour

8. RÉADAPTATION

A) VOTRE PATIENT EST-IL APTE À PARTICIPER À UN PROGRAMME DE RÉADAPTATION VISANT LA RÉINTÉGRATION AU TRAVAIL? OUI NON

B) RECOMMANDEZ-VOUS À VOTRE PATIENT DE PARTICIPER À UN PROGRAMME DE RECONDITIONNEMENT PHYSIQUE? OUI NON

C) ÊTES-VOUS D'ACCORD POUR QUE VOTRE PATIENT SOIT RÉFÉRÉ EN ERGOTHÉRAPIE POUR UNE ÉVALUATION DE SES CAPACITÉS FONCTIONNELLES? OUI NON

D) RECOMMANDEZ-VOUS À VOTRE PATIENT UNE RÉORIENTATION DANS UN AUTRE EMPLOI? OUI NON

E) AVEZ-VOUS DES SUGGESTIONS QUI POURRAIENT FAVORISER UN RETOUR AU TRAVAIL? OUI NON

S'IL Y EN A, LESQUELLES:

9. REMARQUES

10. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

NOM DU MÉDECIN

ADRESSE

N° DE TÉLÉPHONE

CODE POSTAL

OMNIPRATICIEN SPÉCIALISTE PRÉCISEZ:

NO DE PERMIS

SIGNATURE DU MÉDECIN

Année Mois Jour

Retourner ce formulaire à l'adresse suivante :

Commission de la construction du Québec

Direction des avantages sociaux

Section assurance vie et salaire

Case postale 2515

Succursale Youville

Montréal (Québec)

H2P 0A7