

Partie A : Renseignements sur la personne salariée et l'employeur (à remplir par l'employeur)

|                                              |                                                                                  |  |                                                                       |  |                                                 |  |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|
| Renseignements sur la personne salariée      | Nom                                                                              |  | Prénom                                                                |  | Matricule :                                     |  |
|                                              | Num. d'assurance sociale                                                         |  | Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F            |  | Date de naissance :<br>année mois jour          |  |
|                                              | Adresse                                                                          |  | Code postal                                                           |  |                                                 |  |
| Renseignements sur l'employeur               | Date de début d'invalidité :<br>année mois jour                                  |  | Titre de l'emploi                                                     |  |                                                 |  |
|                                              | Statut d'emploi <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Autre |  | Le cas échéant, indiquez la date de fin d'emploi :<br>année mois jour |  |                                                 |  |
|                                              | Nom de l'employeur<br><b>CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DES DÉCOUVREURS</b>         |  | Code postal<br><b>G1V 4E2</b>                                         |  |                                                 |  |
| Représentante ou représentant de l'employeur | Adresse<br>100-945, avenue Wolfe Québec, QC                                      |  | Nom (caractères d'imprimerie)                                         |  | Ind. rég. N° de téléphone Poste<br>418-652-2121 |  |
|                                              | Signature                                                                        |  | Ind. rég. N° de télécopieur                                           |  |                                                 |  |

**Note :** Veuillez remplir la partie C, « Renseignements sur la personne salariée » et indiquez à la section 3) A) la « date de fin de la période acceptée par l'employeur ».

Partie B : Attestation et autorisation de la personne salariée (à remplir par la personne salariée)

Avez-vous déposé ou vous proposez-vous de déposer une réclamation relativement à la présente invalidité en vertu d'une des lois administrées par l'un des organismes suivants? (Si oui, cochez la case appropriée.)

- IVAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels  SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec  
 CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail  RRQ : Régie des rentes du Québec

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise les médecins et les représentantes ou les représentants autorisés des hôpitaux et de tout autre organisme en cause à fournir à l'employeur et aux Services-conseils aux gestionnaires des réseaux de l'éducation tous les renseignements pertinents se rapportant à mon état de santé ou au dossier médical relatifs à l'invalidité décrite dans le présent rapport. Sur demande, je m'engage à présenter à l'employeur les pièces justificatives attestant les soins reçus de tout autre professionnel de la santé pour ladite invalidité.

Dans l'éventualité où mon employeur me soumet à une expertise médicale, j'autorise que le rapport d'expertise médicale soit transmis à mon médecin traitant.  Oui  Non

|           |      |       |      |      |                                     |
|-----------|------|-------|------|------|-------------------------------------|
| Signature | Date | année | mois | jour | Ind. rég. N° de tél. à la résidence |
|           |      |       |      |      |                                     |

Renseignements généraux à l'intention du médecin traitant et de la personne salariée réclamant des prestations d'assurance traitement

Régime d'assurance traitement

La charge financière du régime d'assurance traitement dans les réseaux de l'éducation est entièrement supportée par les employeurs pour les 104 premières semaines d'invalidité. En effet, il s'agit d'un régime d'autoassurance auquel la personne salariée ne contribue pas financièrement. L'employeur étant responsable du versement des prestations d'assurance-salaire, il a le devoir de s'assurer que les prestations versées le sont à juste titre et en fonction des règles régissant les conventions collectives en vigueur dans les réseaux de l'éducation. L'employeur peut, lorsqu'il le juge approprié, demander des renseignements complémentaires afin de lui permettre d'évaluer l'admissibilité à la réclamation et à toute prolongation de la période d'absence. Il peut également diriger la personne salariée vers une ou un médecin de son choix. Les frais pouvant être engagés pour la production de rapports médicaux, tels que les honoraires professionnels ou les renseignements complémentaires sont à la charge de la personne salariée, sauf si cela est autrement stipulé autrement dans les conventions collectives ou dans les conditions de travail.

Définition d' « invalidité »

Afin d'être admissible aux prestations de l'assurance traitement lors d'une période d'invalidité, la personne salariée doit démontrer que sa condition médicale correspond aux trois critères suivants :

- l'état d'incapacité doit résulter d'une maladie, d'un accident, d'une complication d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale liée à la planification des naissances
- la maladie (ou l'accident) doit nécessiter des soins médicaux;
- elle doit rendre la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue comportant une rémunération similaire.

Définition de « limitations fonctionnelles »

Les limitations ou les incapacités fonctionnelles sont des entraves absolues imposées par la déficience. Elles représentent une diminution mesurable des possibilités d'action de la personne salariée. C'est l'expression de ce que la personne salariée n'est plus capable de faire.

Retour progressif au travail

Une personne salariée peut, après entente avec l'employeur, bénéficier d'une période de retour progressif pendant laquelle elle doit être en mesure d'effectuer l'ensemble de ses tâches selon la proportion de temps convenue.

**Note :** Le présent document ayant seulement un caractère informatif, il ne se substitue ni n'ajoute en aucun cas aux définitions contenues dans les conventions collectives en vigueur dans les réseaux de l'éducation.

Ce document est un exemple.  
L'employeur vous en fournira un  
s'il souhaite que votre médecin le remplisse

| Partie C : Renseignements sur la personne salariée                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nom de la personne salariée                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                               | Matricule : _____<br>Numéro d'assurance sociale : _____                                                                                                        |                                                                                                            |                             |
| Partie D : Rapport médical (à remplir lisiblement par le médecin)                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| 1) DIAGNOSTIC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                               | S'il s'agit d'un trouble mental:                                                                                                                               |                                                                                                            |                             |
| Maladie principale causant la présence de l'invalidité (Diagnostic principal):                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                               | Diagnostic                                                                                                                                                     |                                                                                                            |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                               | Stresseurs psycho-sociaux :                                                                                                                                    |                                                                                                            |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                               | Niveau de dysfonctionnement (léger, modéré, sévère) :                                                                                                          |                                                                                                            |                             |
| Évaluation de la maladie : <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Légère                                                                                                                                                                                                            |  | Code de diagnostic                                                                            |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| Maladies secondaires (s'il y a lieu)                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                               | Code de diagnostic                                                                                                                                             |                                                                                                            |                             |
| Premier examen pour cette invalidité : _____ année _____ mois _____ jour                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Fréquence des visites                                                                         |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| Cas de grossesse : _____ DPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | S'agit-il d'une complication grave? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| Séjour dans un hôpital ou une clinique : _____ Nom _____                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Du : _____ année _____ mois _____ jour                                                        |                                                                                                                                                                | Au : _____ année _____ mois _____ jour                                                                     |                             |
| Consultation en spécialité médicale (précisez la date de rendez-vous en cas d'attente) : _____ année _____ mois _____ jour                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                               | Nom du médecin (spécialité)                                                                                                                                    |                                                                                                            |                             |
| Résultat (ou annexez copie)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| Bref rapport des examens spécifiques et pertinents : FSC, HB, ECG, EMG, TACO, RMI, TA (lecture et date), etc.                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| 2) TRAITEMENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Médical : médication et posologie (date du début)                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| S'il s'agit d'une intervention chirurgicale, la personne salariée peut-elle travailler en attendant la chirurgie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                           |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| <input type="checkbox"/> Chirurgical : nature et date de l'intervention                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| Thérapies                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Fréquence                                                                                     |                                                                                                                                                                | Nom du professionnel ou de la clinique                                                                     |                             |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapie : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | _____                                                                                         |                                                                                                                                                                | _____                                                                                                      |                             |
| <input type="checkbox"/> Psychothérapie : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | _____                                                                                         |                                                                                                                                                                | _____                                                                                                      |                             |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | _____                                                                                         |                                                                                                                                                                | _____                                                                                                      |                             |
| 3) INVALIDITÉ - RETOUR PROGRESSIF                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| A) Invalidité (définition à la page précédente)                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| En quoi la maladie décrite plus haut rend-elle la personne salariée incapable d'occuper son emploi inscrit à la partie A? Indiquer les limitations fonctionnelles (définition à la page précédente).                                                                                                                                  |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| Date de fin de la période acceptée par l'employeur : _____ année _____ mois _____ jour                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                               | S'il y a prolongation au-delà de la date de fin de la période acceptée par l'employeur, décrivez les complications ou les raisons médicales qui la justifient. |                                                                                                            |                             |
| À votre avis, la personne salariée est-elle actuellement totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                             |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| Date de début de l'invalidité : _____ année _____ mois _____ jour                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Date prévue de retour au travail : _____ année _____ mois _____ jour                          |                                                                                                                                                                | Si indéterminée, indiquez la date approximative de la fin de l'absence : _____ année _____ mois _____ jour |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                | Date du prochain rendez-vous : _____ année _____ mois _____ jour                                           |                             |
| B) Retour progressif (définition à la page précédente)                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| Pourrait-elle reprendre son emploi en bénéficiant d'un retour progressif? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                | Date de début : _____ année _____ mois _____ jour                                                          |                             |
| Si oui, nombre de j/sem. et de semaines : _____ jrs/sem. _____ semaines                                                                                                                                                                                                                                                               |  | pour _____ jrs/sem. _____ semaines                                                            |                                                                                                                                                                | pour _____ jrs/sem. _____ semaines                                                                         |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                | Retour à 100 % :                                                                                           |                             |
| 4) INCAPACITÉ TOTALE ET PERMANENTE (s'il y a lieu)                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| Selon vous, s'agit-il d'une incapacité totale et permanente pour occuper son emploi actuel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                               | Si oui, pourrait-elle occuper un autre emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                       |                                                                                                            |                             |
| Signature du médecin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| Seuls les médecins légalement autorisés sont habilités à signer ce formulaire (timbres non acceptés). À noter que l'employeur n'est pas lié par les recommandations du médecin signataire. Tout rapport incomplet, ou dont le contenu ne permet pas de justifier les recommandations faites, pourra être refusé sans autre formalité. |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                             |
| Nom du médecin (caractères d'imprimerie)                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | N° de permis                                                                                  | Ind. rég.                                                                                                                                                      | N° de téléphone                                                                                            | Ind. rég. N° de télécopieur |
| Adresse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                | Province                                                                                                   | Code postal                 |
| Spécialité (s'il y a lieu)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Signature du médecin (ne pas utiliser de timbre)                                              |                                                                                                                                                                | année _____ mois _____ jour                                                                                |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                               |                                                                                                                                                                | Date :                                                                                                     |                             |

Ce document est un exemple.  
L'employeur vous en fournira un  
s'il souhaite que votre médecin le remplisse