

Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Personne accidentée		
Nom et adresse	Numéro de réclamation	
	Numéro d'assurance maladie	
	Date de l'accident (A-M-J)	

Médecin traitant		
Nom et adresse		
Docteur, Sur vos derniers rapports médicaux, vous mentionnez que votre patient n'est pas capable actuellement de reprendre son travail. Afin de nous permettre d'évaluer l'ensemble de la situation, d'indemniser adéquatement votre patient et également d'estimer la nécessité d'une référence en réadaptation, nous vous serions reconnaissants de remplir le questionnaire ci-joint qui nous fournira l'information médicale complémentaire dont nous avons besoin. Pour votre information, si votre patient n'occupait pas un emploi au moment de l'accident, nous évaluons son incapacité par rapport à un emploi présumé, c'est-à-dire un emploi qu'il aurait pu occuper compte tenu de ses études et de son expérience, n'eût été son accident. À ce moment, l'incapacité médicale doit être appréciée par rapport aux exigences de cet emploi, dont vous trouverez une description ci-jointe. Nous tenons à vous remercier de votre collaboration et de l'attention que vous porterez à la présente.		
Nom de l'agent d'indemnisation	Signature	Date (A-M-J)

Facturation des honoraires		
Les honoraires suivants vous seront versés sur réception de ce questionnaire dûment rempli.		
Nom du médecin	Numéro de permis	Honoraires professionnels
Signature du médecin traitant	Date (A-M-J)	

TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT : Service en ligne Envoi de remboursement de frais pour les intervenants externes :

saaq.gouv.qc.ca/services-en-ligne/intervenants-externes

Télécopieur : 1 866 289-7952

Poste : Société de l'assurance automobile du Québec
Case postale 2500, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 8A2

Conservez l'original ou une copie pour vos dossiers.



Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Numéro de réclamation

Veuillez prendre note des exigences et contraintes de la tâche à considérer. (Voir description en annexe.)

1. Veuillez indiquer quelles sont les limitations et/ou restrictions fonctionnelles **résultant des blessures reliées à l'accident**, en précisant si elles sont temporaires ou permanentes. (Vous trouverez à la page 3 un tableau regroupant les restrictions fonctionnelles habituellement rencontrées. Vous pouvez préciser les restrictions fonctionnelles sur ce tableau.)
2. Si vous êtes d'avis que votre patient est toujours incapable d'effectuer la tâche à considérer, veuillez préciser votre plan de traitement et la date prévisible de fin d'incapacité. Le cas échéant, si vous le considérez apte, veuillez nous l'indiquer.
3. Si vous êtes d'avis que votre patient pourrait rencontrer des difficultés à une réinsertion en milieu de travail, veuillez nous préciser lesquelles (ex. : retour progressif, tâches allégées, facteurs bio-psychosociaux, etc.).
4. Si vous êtes d'avis que votre patient sera incapable, de façon permanente, d'effectuer la tâche à considérer, veuillez nous l'indiquer et en préciser les raisons.

Désirez-vous qu'un médecin évaluateur de la Société communique par téléphone avec vous?

☐ Oui☐ Non

Si oui, inscrire vos disponibilités :

Médecin			
Nom du médecin	Discipline		
Numéro de permis	Téléphone	Poste	
Signature du médecin traitant	Date (A-M-J)		

La communication de renseignements personnels

La Société traite de façon confidentielle les renseignements qu'elle collecte aux fins de l'application du régime public d'assurance automobile. Elle s'engage à ne les utiliser et à ne les communiquer qu'aux seules fins prévues par la loi. La Politique de confidentialité de la Société est disponible à saaq.gouv.qc.ca/politiques/politique-confidentialite/.

Remarque : Veuillez noter que vous pouvez discuter avec l'agent d'indemnisation au dossier ou avec le médecin évaluateur de la Société en composant un numéro qui vous est exclusivement réservé (1 866 599-6915).



Numéro de réclamation

IDENTIFICATION DES RESTRICTIONS FONCTIONNELLES

Le tableau suivant vous est présenté à titre indicatif. Vous pouvez indiquer les restrictions fonctionnelles applicables **en relation avec les blessures subies lors de l'accident** dans l'espace réservé à cet effet à la page 2 ou en remplissant le présent tableau, selon votre convenance. Veuillez préciser si les restrictions sont considérées comme étant temporaires ou permanentes.

Éviter les activités exigeant :		Pronostic	
		Temporaire/ Durée prévisible	Permanent
Capacités physiques	Force D'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités qui impliquent de soulever, porter, pousser, tirer des charges de : ☐ Moins de 5 kg ☐ 5 à 9 kg ☐ 10 à 19 kg ☐ 20 kg ou plus		
	Position corporelle De grimper (échelles, escaliers, échafaudages, etc.) Précisions :		
	De travailler dans des positions inconfortables (s'accroupir, s'agenouiller, se pencher, ramper) Précisions :		
	De marcher en terrain accidenté ou glissant		
	De marcher durant de longues périodes Durée maximale :		
	De garder la même posture durant de longues périodes ☐ Rester assis Durée maximale : _____ ☐ Rester debout Durée maximale : _____ Maintenir une articulation en position immobile _____ Durée maximale : _____ Précisions supplémentaires (ex. : nécessité d'alterner les positions, fréquence, etc.) :		
D'effectuer de façon répétitive ou fréquente des mouvements de (précisez le(s) mouvement(s) et l'articulation touchée) _____ ☐ Avec des amplitudes extrêmes ☐ De faible amplitude au-delà de _____ °			
Autres	Dextérité manuelle De la dextérité manuelle (manipuler, saisir des objets du bout des doigts, faire du travail de précision, exécuter des mouvements rapides des doigts, etc.) Précisions :		
	Le cas échéant, précisez les risques à éviter dans le milieu de travail. Précisez (ex. : vision – perceptions sensorielles, endurance physique, etc.) :		