



Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Les frais exigés par le médecin pour remplir ce rapport sont soit payés au médecin, soit remboursés à la personne accidentée lorsqu'elle les a payés, et ce, jusqu'à concurrence du maximum prévu par la Société.

Section 1 – Renseignements sur la personne accidentée

Nom à la naissance et prénom			
Adresse			Code postal
Número d'assurance maladie	Date de naissance Année Mois Jour	Date de l'accident Année Mois Jour	

Section 2 – À remplir par le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) de la personne accidentée

Date de l'examen Année Mois Jour _____	Veuillez écrire lisiblement, en caractères d'imprimerie.
---	--

2.1 – Antécédents

Y a-t-il des antécédents médicaux? ☐ Oui. Veuillez les préciser : ☐ Non ► **(Si non, passez à la section 2.2)**

☐ Traumatiques : _____ ☐ Chirurgicaux : _____

☐ Médicaux : _____ ☐ Psychiatriques : _____

Au moment de l'accident, votre patient faisait-il usage de médicaments ou était-il déjà en traitement? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels? _____

Précisez, s'il y a lieu, les limitations fonctionnelles antérieures : _____

Est-ce que ces limitations antérieures le rendaient déjà incapable, de façon permanente, d'occuper un emploi? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

2.2 – Histoire et examen clinique

Quels sont les symptômes physiques et/ou psychiques mentionnés par votre patient?

Quels sont les signes cliniques constatés à l'examen physique et/ou mental?

2.3 – Investigation

Y a-t-il des résultats concordant avec les signes cliniques objectifs observés à l'examen physique? ☐ Oui. Veuillez préciser : ☐ Non ► **(Si non, passez à la section 2.4)**

Imagerie médicale : _____ ☐ Copie du rapport jointe

Autres : _____ ☐ Copies des rapports jointes

Une investigation complémentaire est-elle demandée ou prévue? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle? _____ Date approximative ► Année Mois Jour

Une ou plusieurs consultations médicales ont-elles déjà eu lieu? ☐ Oui ☐ Non

Nom du médecin consulté : _____

Spécialité : _____ ☐ Copie du rapport jointe

Nom du médecin consulté : _____

Spécialité : _____ ☐ Copie du rapport jointe

N° de la réclamation

N° de communication



2.4 – Diagnostic

Indiquez les blessures ou diagnostics causés par l'accident :

2.5 – Traitement

Un traitement est-il actuellement requis pour les blessures subies? ☐ Oui. Veuillez les préciser : ☐ Non ▶ (Si non, passez à la section 2.6)

☐ Médication (nom) : ☐ Attention : si le médicament n'est pas inscrit sur la liste RGAM, une justification écrite répondant à la mesure du patient d'exception est requise.

Année Mois Jour

☐ Chirurgie : ☐ Fait(e) ou à venir le :

☐ Physiothérapie ☐ Ergothérapie ☐ Chiropratique ☐ Acupuncture ☐ Psychothérapie

☐ Autres :

2.6 – Limitations et restrictions fonctionnelles

Quelles sont les limitations ou restrictions fonctionnelles occasionnées par les blessures?

Mobilité :

Tolérance à l'effort :

Tolérance posturale :

Activités de la vie quotidienne :

Psychiques/cognitives :

Autres :

Section 3 – Commentaires additionnels

Désirez-vous qu'un représentant ou une représentante de la Société communique avec vous? ☐ Oui ☐ Au besoin ☐ Non

Renseignements sur le médecin ou l'IPS

Nom et prénom (en caractères d'imprimerie)		Numéro de permis d'exercice		<input type="checkbox"/> Omnipraticien(ne) <input type="checkbox"/> IPS
				<input type="checkbox"/> Spécialiste, précisez : <input type="text"/>
Adresse (numéro, rue, appartement)		Ville, village ou municipalité		Code postal
Téléphone	Poste	Télécopieur	Courriel	
Signature (ne pas utiliser d'estampille)				Date Année Mois Jour

Renseignements personnels

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger.

Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à saaq.gouv.qc.ca/confidentialite ou téléphonez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.

TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT :

Service en ligne Remboursement de frais et envoi de

documents : saaq.gouv.qc.ca/envoideDocuments

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.

N° de la réclamation

N° de communication

RV



Section 1 – Renseignements sur la personne accidentée

Nom à la naissance et prénom	N° de la réclamation	N° de communication
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Section 2 – Renseignements sur le rapport médical

Type de rapport :	<input type="checkbox"/> d'évaluation (IV)	<input type="checkbox"/> d'évolution (IO)	<input type="checkbox"/> sur les séquelles (IQ)
-------------------	--	---	---

Veillez remplir la section appropriée

► **Frais à rembourser à la personne accidentée par la Société**

Reçu			
Section 3 – Reçu pour la personne accidentée ou son représentant ou sa représentante			
Montant reçu	Signature du médecin (ou de la personne responsable)	Date	
\$		Année	Mois Jour
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

OU

► **Frais à rembourser au médecin par la Société**

Facture			
Section 4 – Renseignements sur le médecin			
Nom et prénom (en caractères d'imprimerie)			Numéro de permis d'exercice
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Adresse (numéro, rue, appartement)		Ville, village ou municipalité	Code postal
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	Poste	Date	Montant réclamé : \$
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Année Mois Jour	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Renseignements personnels

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger.

Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à saaq.gouv.qc.ca/confidentialite ou téléphonez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.

TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT :

Service en ligne Envoi de documents et remboursement de frais pour les intervenants externes : saaq.gouv.qc.ca/documentsintervenants

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.