

## Rapport d'évaluation

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

Numéro d'assurance maladie	Date de naissance Année      Mois      Jour	Date de l'accident Année      Mois      Jour
----------------------------	--	---

Adresse

Code postal

## 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 le \_\_\_\_\_ à venir \_\_\_\_\_

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 :
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](http://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/enviordocuments](http://saaq.gouv.qc.ca/enviordocuments)

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



Avec vous,  
au cœur de votre sécurité

**Section 1 – Renseignements sur la personne accidentée**

Nom à la naissance et prénom

N° de la réclamation N° de communication

--	--	--

**Section 2 – Renseignements sur le rapport médical**

Type de rapport :  d'évaluation (IV)  d'évolution (IO)  sur les séquelles (IQ)

**Veuillez remplir la section appropriée**

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

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

OU

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

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

**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](http://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](http://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.