

Rapport d'évolution



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

Numéro 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 – Histoire et examen clinique

Quels sont les symptômes physiques et/ou psychiques mentionnés par votre patient? (s'il y a lieu, précisez la date d'apparition des nouveaux symptômes)

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

2.2 – Investigation complémentaire

Une investigation a-t-elle eu lieu? Oui. Précisez laquelle et joignez une copie du rapport Non

Une investigation additionnelle est-elle demandée ou prévue? Oui. Précisez laquelle Non

Une consultation avec un spécialiste a-t-elle eu lieu? Oui. Indiquez le nom du médecin, sa spécialité et joignez son rapport Non

2.3 – Diagnostic

Indiquez les blessures causées par l'accident ou leurs complications :

Pour toutes lésions psychiques, utilisez le diagnostic multiaxial selon le DSM.

Axe 1 : _____

Axe 2 : _____

Axe 3 : _____

Axe 4 : _____

Axe 5 : EGF actuelle : _____ EGF habituelle avant l'accident : _____

N° de réclamation	N° de communication
-------------------	---------------------

2.4 – Traitement

Un traitement est-il toujours requis? Oui. Veuillez le préciser : Non ► (Si non, passez à la section 2.5)



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.

Chirurgie : _____

Faite ou à venir le : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

Physiothérapie Ergothérapie Chiropratique Acupuncture Psychothérapie

Autres : _____

2.5 – Évolution et pronostic

L'évolution des atteintes fonctionnelles de votre patient est considérée comme :

Favorable ► ces atteintes fonctionnelles prendront fin le : _____ ou se prolongeront de _____ semaines.

Année _____ Mois _____ Jour _____

Stable ► depuis le : _____

Défavorable ► précisez : _____

Un nouvel événement, externe à l'accident, est-il survenu? Oui. Veuillez le préciser : Non

Année _____ Mois _____ Jour _____

Date du nouvel événement : _____

La condition de votre patient en a-t-elle été modifiée? Oui. Veuillez expliquer : Non

2.6 – Limitations et restrictions fonctionnelles

Quelles sont les limitations et/ou les restrictions fonctionnelles persistantes occasionnées par les blessures?

	Oui	Non	Ne peux me prononcer
Mobilité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tolérance à l'effort :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tolérance posturale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités de la vie quotidienne :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiques/cognitives :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 saq.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 : saq.gouv.qc.ca/envioidocuments

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 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**

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

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
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 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 saq.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 : saq.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.