



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

Veillez 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 : _____ 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 : _____ Année Mois Jour ou se prolongeront de _____ semaines.

☐ Stable ▶ depuis le : _____ Année Mois Jour

☐ Défavorable ▶ précisez : _____

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

Année Mois Jour

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 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/envoiodocuments

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



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.