



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.

IMPORTANT Le but de ce rapport est de permettre à la Société de déterminer si les séquelles de la personne accidentée sont simples, en quel cas elle établira sa perte de qualité de vie, ou si elles sont complexes et nécessitent une demande d'expertise médico-légale.

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 – Blessures stabilisées causées par l'accident

Indiquez les blessures sans séquelles :

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 : _____

Indiquez les blessures avec séquelles :

2.2 – Pour les blessures avec séquelles

Quels sont les symptômes physiques et/ou psychiques persistants? ☐ Aucun ou _____

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

Pour une description des atteintes esthétiques et de la sensibilité cutanée, nous vous suggérons d'utiliser les tableaux A ou B de la section « Descriptions spécifiques ».

☐ Examen normal ou _____

Quels sont, si requis, les traitements à long terme? ☐ Aucun ou _____

Y a-t-il nécessité de contraintes permanentes (aide à la marche, orthèses ou autres)? ☐ Aucune ou _____

Quelles sont les limitations et/ou restrictions fonctionnelles physiques et/ou psychiques permanentes? ☐ Aucune ou _____

N° de réclamation

N° de communication

DESCRIPTIONS SPÉCIFIQUES



A – Atteintes esthétiques Indiquez les paramètres des atteintes esthétiques en tenant compte des règles d'évaluation proposées.

Localisation précise	Longueur (cm)	Largeur (cm)	Aspect ^A (un seul chiffre)	Modification de la forme et des contours ^B		
				Non	Oui	Si oui, préciser ^C
			1 2 3 4 ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐	
			1 2 3 4 ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐	
			1 2 3 4 ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐	
			1 2 3 4 ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐	

Règles d'évaluation des atteintes esthétiques : Une atteinte permanente à l'esthétique est apparente lorsqu'elle se montre clairement aux yeux lors d'une observation à 50 cm, nonobstant qu'elle soit normalement cachée par les vêtements ou la pilosité.

A. Aspect

- Cicatrice :**
1. Cicatrice non vicieuse : Cicatrice linéaire ou presque linéaire, bien orientée dans le sens des plis naturels de la peau, au même niveau que le tissu adjacent et presque de la même couleur. Elle ne cause ni contracture, ni distorsion des structures avoisinantes.
 2. Cicatrice vicieuse : Cicatrice linéaire ou en plaque, qui peut être mal orientée ou couper un pli naturel de la peau. Elle peut être irrégulière, déprimée, adhérente au plan profond, rétractile, chéloïdienne, hypertrophique ou pigmentée.
- Altération de la coloration cutanée :** Hypopigmentation ou hyperpigmentation secondaire à l'atteinte du derme superficiel. Le derme profond n'est pas atteint. La souplesse, l'élasticité, l'hydratation et la pilosité sont conservées.
3. Altération légère de la coloration cutanée par rapport au tissu avoisinant (apparente à 50 cm mais peu à 3 m).
 4. Altération marquée de la coloration cutanée (retient l'attention à 3 m).

B. Modification de la forme et des contours : Déformation, perte tissulaire, atrophie ou amputation.

C. Précisions attendues : De très légère, légère, modérée, importante à disgracieuse par rapport à l'ensemble du membre ou de la région (visage, crâne, cou et tronc).

B – Atteintes à la sensibilité cutanée Indiquez les paramètres des atteintes à la sensibilité cutanée (hypoesthésie, hyperesthésie...).

Localisation précise	Surface en cm ² ou en % du membre ou de la région (cou, tête, tronc)
	☐ cm ² ☐ %
	☐ cm ² ☐ %

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 ☐ Omnipraticien(ne) ☐ IPS ☐ Spécialiste, précisez :	
Adresse (numéro, rue, appartement)		Ville, village ou municipalité	
		Code postal	
Téléphone	Poste	Télocopieur	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 des 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
Télocopieur : 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

Section 2 – Renseignements sur le rapport médical

Type de rapport :	☐ d'évaluation (IV)	☐ d'évolution (IO)	☒ 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

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)			Code postal
Ville, village ou municipalité			
Téléphone	Poste	Date	Montant réclamé : \$
		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 Envoi de documents et remboursement de frais pour les intervenants externes : saaq.gouv.qc.ca/documents/intervenants

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.

