



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) : \_\_\_\_\_ Date (Année-Mois-Jour) \_\_\_\_\_
- ☐ Chirurgie : \_\_\_\_\_ Faites ou à venir le : \_\_\_\_\_
- ☐ 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.  
Date (Année-Mois-Jour) \_\_\_\_\_
- ☐ Stable ▶ depuis le : \_\_\_\_\_
- ☐ Défavorable ▶ préciser : \_\_\_\_\_

Un nouvel événement, externe à l'accident, est-il survenu? ☐ Oui, veuillez le préciser : ☐ Non  
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 de la Société communique avec vous? ☐ Oui ☐ Au besoin ☐ Non

### Renseignements sur le médecin ou l'IPS

Nom et prénom	Numéro de permis d'exercice	<input type="checkbox"/> Omnipraticien <input type="checkbox"/> IPS
Adresse (numéro, rue, appartement)		<input type="checkbox"/> Spécialiste, précisez : _____
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/envoiodocuments](http://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	Numéro de réclamation	N° de communication
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 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 de la personne accidentée ou de son représentant

Montant reçu	Signature du médecin (ou de la personne responsable)	Date
<input type="text"/> \$		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	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adresse (numéro, rue, appartement)		Ville, village ou municipalité	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Téléphone		Code postal	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Poste		Date	
<input type="text"/>		Année Mois Jour	
		Montant réclamé : <input type="text"/> \$	

## TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT :

Service en ligne Envoi de documents : [saaq.gouv.qc.ca](http://saaq.gouv.qc.ca)  
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.