

1. IDENTIFICATION DU SALARIÉ

N° de client à la CCQ ou n° d'assurance sociale		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Nom		Prénom	
N°	Rue	N° d'appartement	
Ville		Province	Code postal
Êtes-vous? <input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher		Numéro de téléphone	Numéro de cellulaire

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'INVALIDITÉ

a) Votre incapacité est-elle terminée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, à quelle date? (AAAA-MM-JJ)	
b) Depuis le début de votre invalidité, avez-vous tenté de reprendre votre travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Un autre travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, pour quelle période? (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ) :	Description	
c) Prévoyez-vous reprendre votre travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, pourquoi?	d) Prévoyez-vous reprendre un autre travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, pourquoi?	
e) Expliquez les raisons pour lesquelles votre invalidité vous empêche actuellement de travailler.		

3. RENSEIGNEMENTS SUR LES AUTRES ACTIVITÉS

a) Depuis le début de votre invalidité avez-vous fait des activités lucratives? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, pour quelle période? (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Description	

4. TRAITEMENTS

Êtes-vous en attente :				
a) D'un examen (radiologique, de laboratoire, résonance magnétique, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date prévue (AAAA-MM-JJ)		
		Précisez		
b) D'un traitement (physiothérapie, ergothérapie, infiltration, chirurgie, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date prévue (AAAA-MM-JJ)		
		Précisez		
c) D'une consultation avec un ou des médecins (omnipraticien, spécialiste, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom du Médecin	Spécialité	Date prévue (AAAA-MM-JJ)
		Nom du Médecin	Spécialité	Date prévue (AAAA-MM-JJ)

ESPACE RÉSERVÉ AU PERSONNEL DE LA CCQ

ID	<input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> M038 <input type="checkbox"/> M058
----	---

5. IDENTIFICATION DES MÉDECINS TRAITANTS

Nom	Spécialité	Date de la dernière visite (AAAA-MM-JJ)	Date de la prochaine visite (AAAA-MM-JJ)
Nom	Spécialité	Date de la dernière visite (AAAA-MM-JJ)	Date de la prochaine visite (AAAA-MM-JJ)
Nom	Spécialité	Date de la dernière visite (AAAA-MM-JJ)	Date de la prochaine visite (AAAA-MM-JJ)

6. RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS ET LES PRESTATIONS

Recevez-vous des prestations d'invalidité ou de retraite ou avez-vous déposé une demande auprès de :

Veillez répondre à chacune des questions		Date de la demande (AAAA-MM-JJ)	Numéro du dossier ou de la demande	Demande acceptée	Demande refusée	Demande à l'étude	En appel de la décision
Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loi sur les accidents du travail ou les maladies professionnelles d'une autre province ou d'un état étranger (ex. : États-Unis)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Société de l'assurance automobile de Québec	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loi sur l'assurance-emploi (emploi et Développement social Canada) ou d'une loi au même effet d'un état étranger (ex. : États-Unis)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraite Québec	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime de pensions du Canada	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime de retraite de l'industrie de la construction	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre régime collectif de retraite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre régime individuel ou collectif d'assurance salaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres revenus (ex. : Emploi, indemnité de cessation d'emploi, etc.) Précisez :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu «oui» à l'une de ces questions, il est possible qu'une réduction de la prestation (en tenant compte de vos revenus) ou qu'une exclusion soit applicable et ce, conformément au règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction. Veuillez joindre une copie de la décision ou de l'avis du premier paiement que vous avez reçu de ces organismes.

Note : si des frais sont encourus pour faire remplir ce formulaire par votre médecin, un montant maximal admissible peut être remboursable par médic. S'il y a lieu veuillez joindre votre reçu original au présent formulaire.

7. CERTIFICATION

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements donnés à l'appui de ma demande d'assurance salaire et de crédits d'heures.

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

8. AUTORISATION

J'autorise toute personne physique ou morale donnant des services d'ordre médical (médecins-hôpitaux), de même que les compagnies d'assurances, bureau d'enquête, employeurs, le bureau de renseignements médicaux, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, la Direction de l'indemnisation des victimes d'acte criminel, la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Société de l'assurance automobile du Québec, Service Canada, Emploi et Développement social Canada et Retraite Québec, à transmettre à la Commission de la construction du Québec (CCQ) ou à ses représentants autorisés tous les renseignements qu'ils possèdent à mon sujet relativement à ma demande d'assurance salaire et/ou de crédits d'heures.

Les renseignements ainsi transmis à la CCQ ne doivent servir qu'à l'étude de ma demande d'assurance salaire et/ou de crédits d'heures conformément aux dispositions du règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction. Toutefois, ils pourront être divulgués à toute personne physique ou morale participant à l'étude de cette demande ou à d'autres personnes si la loi l'exige ou si je l'autorise expressément.

La présente autorisation ou une copie de celle-ci sera valide tant que durera l'étude de ma demande.

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

Veillez retourner ce formulaire ainsi que les pièces justificatives à l'adresse ci-dessous.

Commission de la construction du Québec
Section assurance invalidité, Case postale 2515, succursale Chabanel, Montréal (Québec) H2N 0C7

1. IDENTIFICATION DU SALARIÉ

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
-----	--------	--------------------------------

2. CIRCONSTANCES

Si vous n'avez pas déjà répondu à ces questions sur une déclaration antérieure ou s'il s'agit d'une nouvelle condition médicale, vous devez remplir cette section.
Si non, passez à la section 3.

a) Selon vous, l'affection pourrait-elle être attribuable à : <input type="checkbox"/> Accident de travail <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Accident de véhicule moteur <input type="checkbox"/> Autre accident <input type="checkbox"/> Autre maladie	
b) Date d'apparition des symptômes ou date de l'accident (AAAA-MM-JJ)	Date du début de l'invalidité totale (AAAA-MM-JJ)
c) Ce patient a-t-il déjà souffert d'une affection de ce genre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez la date (AAAA-MM-JJ)

3. DIAGNOSTIC

a) Principal	b) Secondaire
c) Symptômes subjectifs	
d) Signes objectifs	
e) Évaluation de la condition du patient <input type="checkbox"/> Améliorée <input type="checkbox"/> Détériorée <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Commentaires :	
f) Résultats des investigations demandées (examens, radiographies, ecg, etc.)	Date (AAAA-MM-JJ)

4. TRAITEMENT

a) Date de la première visite (AAAA-MM-JJ)	b) Date de la dernière visite (AAAA-MM-JJ)	c) Date de la prochaine visite (AAAA-MM-JJ)		
d) Fréquence des visites : <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autres	Précisez			
e) Nature des traitements	Actuels	À venir		
f) Durée probable du traitement	Actuel	Début	Fin	Fréquence
g) Médication prescrite et posologie		h) Réponse du patient au traitement		
i) Le patient suit-il les traitements recommandés? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si non, veuillez préciser		
j) Quel est votre pronostic		k) Avez-vous référé cette personne à un autre médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date (AAAA-MM-JJ)	
Nom du médecin		Spécialité		
l) Date de la chirurgie, s'il y a lieu (AAAA-MM-JJ)		Description		

5. INCAPACITÉ PHYSIQUE

a) Le patient est-il? <input type="checkbox"/> Sur pied <input type="checkbox"/> Retenu à la maison <input type="checkbox"/> Alité <input type="checkbox"/> Hospitalisé	<input type="checkbox"/> Catégorie 1 - (aucune restriction - apte à une activité physique soutenue 0 - 10 %) <input type="checkbox"/> Catégorie 2 - (légère restriction - apte à une activité physique modérée 15 à 30 %) <input type="checkbox"/> Catégorie 3 - (restriction modérée - apte à une activité légère 35 à 55 %) <input type="checkbox"/> Catégorie 4 - (restriction marquée - apte à une activité minimale 60 à 70 %) <input type="checkbox"/> Catégorie 5 - (restriction sévère - inapte à une activité même minimale 75 à 100 %)
---	--

6. INCAPACITÉ PSYCHOLOGIQUE (SI L'INVALIDITÉ Y EST RELIÉE)

a) Date de début d'invalidité pour la condition psychologique (AAAA-MM-JJ)

b) Veuillez nous faire part de votre évaluation multiaxiale selon le DSM-IV

Axe 1 : _____ Axe 2 : _____

Axe 3 : _____ Axe 4 : _____

Axe 5 : _____

c) Veuillez nous indiquer dans quelle catégorie se situe votre patient actuellement :

- Catégorie 1 - (aucune restriction - (peut faire face aux situations stressantes et sociales))
 Catégorie 2 - (légère restriction - (peut faire face à la plupart des situations stressantes et sociales))
 Catégorie 3 - (restriction modérée - (ne peut faire face qu'à des situations stressantes ou sociales restreintes))
 Catégorie 4 - (restriction marquée - (incapable de faire face à des situations stressantes ou sociales))
 Catégorie 5 - (restriction sévère - (accuse une perte importante au niveau de ses aptitudes psychologiques et sociales))

7. CONDITION CARDIAQUE (SI L'INVALIDITÉ Y EST RELIÉE)

a) Capacité fonctionnelle cardiaque Catégorie 1 - (aucune restriction) Catégorie 2 - (légère restriction)
 Catégorie 3 - (restriction marquée) Catégorie 4 - (restriction complète)

b) Tension artérielle (dernière visite) systolique / diastolique :

8. INCAPACITÉ

a) Cette personne est-elle **capable** d'effectuer **les tâches habituelles de sa fonction à temps plein**? Oui Non

b) Si non, quelles sont les raisons médicales objectives qui l'en empêchent?

c) Existe-t-il des limitations fonctionnelles? Oui Non Si oui, sont-elles? Permanentes Temporaires Précisez la durée

Veuillez les décrire

d) Date à laquelle cette personne pourra reprendre **les tâches habituelles de sa fonction à temps plein** (YYYY-MM-JJ)

e) Cette personne est-elle **capable** de se livrer à une **occupation lucrative** adaptée à sa condition médicale (ex. : Travail léger ou sédentaire)? Oui Non

f) Si non, quelles sont les raisons médicales objectives qui l'en empêchent?

g) Date à laquelle cette personne pourra effectuer une occupation lucrative adaptée à sa condition médicale (YYYY-MM-JJ)

9. RÉADAPTATION

a) Votre patient est-il apte à participer à un programme de réadaptation visant la réintégration au travail? Oui Non

b) Recommandez-vous à votre patient de participer à un programme de reconditionnement physique? Oui Non

c) Êtes-vous d'accord pour que votre patient soit référé en ergothérapie pour une évaluation de ses capacités fonctionnelles? Oui Non

d) Recommandez-vous à votre patient une réorientation dans un autre emploi? Oui Non

e) Avez-vous des suggestions qui pourraient favoriser un retour au travail? Oui Non

Si oui, lesquelles

10. REMARQUES

11. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom et prénom du médecin

Adresse complète

Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____

N° de permis

N° de téléphone

Signature du médecin

Date (AAAA-MM-JJ)

N° de télécopieur