

1. Renseignements sur le travailleur		
Prénom	N° d'assurance maladie	
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	N° de dossier du travailleur	
Adresse	Date de l'événement d'origine	
	Date de la récurrence, rechute ou aggravation	

2. Nature de la demande		
Médecin-conseil	Date de la demande	N° de permis du médecin
Signature	Téléphone	

3. Identification du professionnel de la santé qui a charge du travailleur		
Nom	Prénom	N° de permis du professionnel de la santé
Adresse	Téléphone	

4. Rapport du professionnel de la santé qui a charge du travailleur		
Signature du professionnel de la santé qui a charge du travailleur		
Signature	Date	Code RAMQ 09929

Guide d'utilisation du formulaire

Information médicale complémentaire verbale ou écrite

Ce formulaire est utilisé par le médecin de la Commission, dans le but d'obtenir des précisions ou un complément d'information au vu du dossier.

Seul un médecin de la Commission est autorisé à utiliser ce formulaire.

Les sujets suivants peuvent notamment faire l'objet d'une demande d'IMC :

- Relation physiopathologique entre l'événement déclaré et le diagnostic
- Relation entre le diagnostic et les traitements
- Précision sur la période prévisible de consolidation de la lésion
- Existence de limitations fonctionnelles
- Existence ou prévision d'une atteinte permanente objective à l'intégrité physique ou psychique
- Identification ou aggravation d'une condition personnelle préexistante