

Rapport médical

Avis au requérant

Avant de remettre ce rapport au médecin, **remplissez la section 1 «Renseignements sur l'identité du requérant»** et inscrivez votre numéro d'assurance sociale en haut des pages.

Note : Veuillez ne pas détacher cette page de renseignements du rapport médical avant de le transmettre à votre médecin, car ces renseignements lui sont nécessaires pour remplir le rapport.

Avis au médecin

Une prestation pour invalidité est payable à la personne âgée de moins de 65 ans si elle a suffisamment cotisé au Régime de rentes du Québec et si elle est déclarée invalide par la Régie des rentes du Québec.

Selon l'article 95 de la *Loi sur le régime de rentes du Québec*, une personne peut être reconnue invalide si elle remplit les deux conditions suivantes :

- sa condition médicale est **grave** et l'empêche d'exercer, à temps plein, tout genre d'emploi;
- de plus, cette condition médicale doit être **permanente**. Une invalidité est permanente si elle doit **durer indéfiniment** sans aucune amélioration possible.

Cependant, une personne âgée de 60 à 65 ans peut également avoir droit à la rente d'invalidité si son état de santé ne lui permet plus de faire le travail habituel qu'elle a quitté en raison de son invalidité. Elle doit toutefois démontrer un attachement récent au marché du travail.

Le fait d'être reconnu invalide par une compagnie d'assurance, un autre organisme ou un ministère ne donne pas droit automatiquement à une prestation pour invalidité du Régime de rentes du Québec, car leurs critères peuvent être différents de ceux de la Régie.

Depuis 2013, un **bénéficiaire de moins de 65 ans de la rente de retraite** du Régime peut recevoir un montant additionnel pour invalidité, s'il est incapable d'exercer, à temps plein, tout genre d'emploi. Il doit cependant démontrer un attachement récent au marché du travail.

Notez que les personnes qui travaillent comme ressource intermédiaire ou de type familial et qui accueillent à leur lieu principal de résidence des enfants ou des adultes peuvent maintenant cotiser au Régime et donc être admissibles aux prestations pour invalidité.

Les renseignements que vous fournirez dans ce rapport permettront au médecin évaluateur de la Régie de juger si le requérant répond aux exigences de la *Loi sur le régime de rentes du Québec*.

Facturation

L'examen médical nécessaire pour remplir ce rapport est assuré en conformité avec l'article 22f du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*.

Les honoraires pour la rédaction de ce rapport, s'il y a lieu, doivent être facturés au requérant.

Renseignements supplémentaires

Pour vous aider à rédiger le rapport médical, la Régie a publié un ouvrage intitulé ***L'invalidité dans le Régime de rentes – Guide du médecin traitant***. Ce guide précise les éléments nécessaires au médecin évaluateur pour étudier la demande de prestations pour invalidité. Si vous ne l'avez pas reçu, vous pouvez le consulter sur notre site.

Si vous avez des questions, communiquez avec un médecin de la Régie à l'un des numéros suivants (notez que ces numéros sont à l'usage des médecins uniquement) :

Région de Québec : 418 657-8709, poste 3252

Sans frais : 1 888 249-5137, poste 3252

Note : Ce rapport médical se trouve également sur notre site au www.rrq.gouv.qc.ca et peut être rempli à l'écran.

Veuillez remplir le formulaire et le retourner à :
Régie des rentes du Québec, case postale 5200, Québec (Québec) G1K 7S9

Rapport médical

RÉÉVALUATION

Écrire en lettres détachées

 Numéro d'assurance sociale du requérant*

--	--	--

1. Renseignements sur l'identité du requérant

Sexe* <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille*	Prénom*	
	Nom de famille à la naissance, si différent	Prénom à la naissance, si différent	
Date de naissance* <small>année mois jour</small>		Numéro d'assurance maladie*	
Adresse (numéro, rue, appartement)*			
Ville	Province	Pays	Code postal
Téléphone* <small>ind. rég.</small>		Autre <small>ind. rég.</small>	
Au domicile		Poste	

2. Antécédents médicaux et anamnèse

 Depuis quand le requérant est-il votre patient?

 Énumérez les antécédents médicaux pertinents.

 Décrivez les problèmes physiques ou mentaux actuels qui sont de nature à entraîner une incapacité de travailler (symptômes, **début de l'affection**, évolution, thérapeutiques appliquées à ce jour). **Indiquez toutes les dates importantes.**

Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels à la section 10.

--	--	--

3. Examen physique et mental

Date de l'examen <small>année mois jour</small>	Taille	Poids	Tension artérielle
--	--------	-------	--------------------

Décrivez les signes cliniques liés aux **principaux** problèmes de santé de votre patient. (Reportez-vous au *Guide du médecin traitant* au besoin.)

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 1. Apparence générale (posture, déplacements, etc.) | 5. Thorax et poumons | 9. Colonne et extrémités |
| 2. Tête, cou, thyroïde, organes des sens | 6. Cœur et vaisseaux (indiquez la classe fonctionnelle) | 10. Système nerveux |
| 3. Ganglions | 7. Abdomen | 11. État mental |
| 4. Seins | 8. Organes génitaux | |

Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels à la section 10.

4. Investigation

Indiquez les résultats d'investigation et **joignez** les documents à l'appui (radiologie, pathologie, ECG d'effort, tests de fonction respiratoire, etc.).

5. Autres renseignements

À votre connaissance, existe-t-il d'autres documents médicaux que nous pourrions consulter? Si oui, précisez l'organisme concerné.

- CSST
- SAAQ
- Compagnie d'assurance. Indiquez le nom : _____
- Hôpital. Indiquez le nom : 1. _____ Date approximative

année						mois	
2. _____ Date approximative

année						mois	
3. _____ Date approximative

année						mois	
- Autre établissement : _____ Date approximative

année						mois	
- (centre de réadaptation, clinique de physiothérapie, CLSC, etc.)

--	--	--

6. Diagnostic et pronostic

Diagnostic	Pronostic

7. Traitement

Votre patient prend-il des médicaments actuellement? Non Oui. Indiquez la dose et la fréquence.

Suit-il ou a-t-il suivi d'autres traitements? Non Oui. Précisez.

Prévoyez-vous d'autres consultations, investigations ou traitements? Non Oui. Précisez.

8. Capacité de travail

Cette section doit être remplie même si votre patient est à la retraite (voir l'« Avis au médecin » au début du formulaire).

Votre patient est-il apte à conduire un véhicule automobile? Non Oui

Lui avez-vous recommandé de cesser de travailler? Non Oui. Pour quelle raison et quelle durée?

Peut-il ou pourra-t-il reprendre **éventuellement** son **travail habituel**? Oui Non. Pourquoi?

Sur le plan strictement médical, peut-il ou pourra-t-il faire un **autre travail**? Oui Non. Pourquoi?

Le cas échéant, **depuis quand** son état physique ou mental l'empêche-t-il de travailler? _____

--	--	--

9. Capacité mentale à gérer ses affaires

La personne concernée a-t-elle la capacité **mentale** de gérer ses affaires?

Oui. Passez à la section 10.

Non. Son **incapacité** mentale à gérer ses affaires **est-elle permanente?** (Si c'est le cas, la Régie devra nommer un administrateur pour gérer la rente de cette personne).

Oui. Indiquez, si vous le connaissez, le nom de la personne qui administre actuellement les affaires de cette personne.

Veuillez également préciser à la **section 6** « Diagnostic et pronostic » pourquoi cette personne est incapable de gérer ses affaires.

Non. Passez à la section 10.

10. Observations ou commentaires

Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels sur une autre feuille en y indiquant le numéro d'assurance sociale du requérant.

11. Autres considérations

Indiquez, s'il y a lieu, les renseignements médicaux qui ne peuvent pas être communiqués à votre patient au risque de lui causer un préjudice grave.

À quel moment pourrait-il y avoir accès? _____

12. Déclaration du médecin

Nom de famille	Prénom	Numéro de permis
----------------	--------	------------------

Adresse	Code postal
---------	-------------

Téléphone <small>ind. rég.</small>	Poste	Télécopieur <small>ind. rég.</small>
------------------------------------	-------	--------------------------------------

Omnipraticien

Spécialiste. Précisez : _____

Je déclare que les renseignements fournis dans ce rapport sont complets et exacts et que l'état du patient est tel que je l'ai constaté au moment de mon examen clinique.

Signature du médecin _____ **Date** _____

année mois jour