



## Guide d'utilisation des formulaire médicaux de la Direction générale de l'IVAC

**IVAC**  
Indemnisation  
des victimes  
d'actes criminels



Ce document est réalisé par la Direction générale de l'indemnisation des victimes d'actes criminels, en collaboration avec la Direction générale des communications.

**Préresse et impression :**

Service du courrier, des arts graphiques et de l'impression

Direction générale de l'expertise immobilière et matérielle – CNESST

---

Reproduction autorisée avec mention de la source

© Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2020

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2020

ISBN 978-2-550-84932-2 (PDF)

Janvier 2020

Pour obtenir l'information la plus à jour,  
consultez notre site Web à [ivac.qc.ca](http://ivac.qc.ca).

# TABLE DES MATIÈRES

---

Introduction.....	4
Lexique .....	5
<i>Loi sur les accidents du travail</i> .....	6
<b>Section 1</b> .....	7
<b>Formulaires spécifiques à la DGIVAC</b>	
Attestation médicale .....	8
Rapport médical.....	10
Rapport final.....	13
<b>Section 2</b> .....	17
<b>Formulaires de la CNESST également utilisés pour le suivi médical des personnes victimes et des sauveteurs</b>	
Renseignements concernant la recommandation de traitement en physiothérapie ou en ergothérapie .....	16
Rapport d'évaluation médicale .....	18
Information médicale complémentaire écrite .....	27

# INTRODUCTION

---

Ce guide a été conçu pour aider le médecin qui a reçu en consultation une personne victime d'acte criminel ou un sauveteur à inscrire sur les formulaires prescrits par la Direction générale de l'IVAC l'information médicale nécessaire au traitement efficace du dossier de cette victime ou de ce sauveteur, en lien avec une blessure qui découle d'un acte criminel ou d'un acte de civisme.

Afin que la Direction générale de l'IVAC ait une meilleure compréhension de la blessure et de ses conséquences possibles pour la personne victime ou le sauveteur, l'information médicale transmise doit être complète et appropriée. Les divers rapports médicaux doivent permettre de situer la blessure, de suivre son évolution et de prévoir sa consolidation et ses séquelles.

Les médecins sont invités à se familiariser avec le contenu de ce guide pour éviter toute erreur ou omission dans l'utilisation des divers formulaires médicaux. Une information incomplète ou manquante risque de retarder inutilement le traitement du dossier de la personne victime ou du sauveteur. Le cas échéant, la Direction générale de l'IVAC demandera au médecin de fournir l'information manquante sur le formulaire, sans rémunération supplémentaire.

En complément du présent guide, les médecins qui souhaitent obtenir de l'assistance pour remplir un formulaire de la DGIVAC peuvent composer le 1 800 561-4822 ou visiter le [ivac.qc.ca](http://ivac.qc.ca).

# LEXIQUE

---

## ACTE CRIMINEL

---

Un acte criminel est un fait ou un geste qui porte atteinte à l'intégrité physique ou psychologique de la personne qui le subit et qui est prévu au *Code criminel du Canada*.

Les actes criminels ouvrant droit aux avantages prévus à la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* (LIVAC) sont ceux qui sont énoncés à l'annexe de cette loi.

## ACTE DE CIVISME

---

Un acte de civisme est le fait de poser un geste ou une action pour venir en aide à une personne dont l'intégrité physique ou la vie est en danger.

## BILATÉRALITÉ

---

Lorsqu'un accidenté a des blessures, autres qu'un préjudice esthétique, à des organes symétriques, le pourcentage global du déficit anatomophysiologique qui lui est accordé s'établit en additionnant les pourcentages des déficits anatomophysiologiques résultant de chacune des blessures et en y ajoutant le plus petit de ces pourcentages.

## CONSOLIDATION

---

La guérison ou la stabilisation d'une blessure à la suite de laquelle aucune amélioration de l'état de santé de la victime ou du sauveteur n'est prévisible.

## DATE DE L'ÉVÉNEMENT

---

Cette date correspond à celle de l'acte criminel ou de l'acte de civisme.

Dans le cas d'une rechute, d'une récidive ou d'une aggravation, il s'agit de la date où celle-ci s'est manifestée.

## LIMITATION FONCTIONNELLE QUI RÉSULTE DE LA BLESSURE

---

Toute réduction ou restriction (résultant d'une blessure) de la capacité physique ou psychique d'accomplir certaines activités ou de subir certains effets.

Une limitation fonctionnelle s'objective ou se traduit par l'incapacité de la personne à exécuter certains mouvements, à prendre certaines positions, à garder certaines postures ou à subir certaines contraintes dans des conditions quantifiables. Une limitation fonctionnelle peut être totale ou partielle, et temporaire ou permanente.

## MÉDECIN EXPERT

---

Médecin désigné par la Direction générale de l'IVAC pour procéder à l'examen d'une personne victime ou d'un sauveteur afin d'obtenir un rapport écrit sur toute question relative à la blessure.

## RÉADAPTATION

---

Ensemble des moyens et des mesures mis en œuvre par la Direction générale de l'IVAC en vue d'atténuer les séquelles permanentes à la suite d'une blessure.

Les programmes prévus par la loi sont la réadaptation physique, la réadaptation sociale et la réadaptation professionnelle.

## SAUVETEUR

---

Celui ou celle qui, bénévolement, porte secours à une personne s'il a un motif raisonnable de croire que sa vie ou son intégrité physique est en danger. Un sauveteur qui subit un préjudice ou, s'il en décède, une personne à sa charge, peut obtenir une prestation de la Direction générale de l'IVAC.

## SÉQUELLE PERMANENTE

---

Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique d'une victime ou d'un sauveteur ou limitation fonctionnelle permanente

## VICTIME D'UN ACTE CRIMINEL

---

Personne qui, pour avoir droit aux différentes mesures prévues à la loi, a subi l'un des crimes énoncés à l'annexe de la LIVAC, duquel découle une blessure ou la mort. Ce crime doit avoir eu lieu après le 1<sup>er</sup> mars 1972 au Québec.

Pour plus de détails, consulter la politique applicable sur le site Web de la Direction générale de l'IVAC : [ivac.qc.ca](http://ivac.qc.ca).

# LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

---

## Rapport médical et Attestation médicale

Aux fins de l'application de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* et de la *Loi visant à favoriser le civisme*, le terme « travailleur » désigne aussi la personne victime ou le sauveteur (article 54 de la LAT).

Le médecin, le chirurgien ou le représentant d'un centre hospitalier qui a traité un travailleur ou en a pris soin ou a été consulté à son sujet et l'expert qui l'a examiné à la demande de la CNESST doivent faire rapport à cette dernière de leurs constatations, de leurs recommandations de traitements et de leurs autres recommandations dans les six jours suivant le premier traitement, la consultation ou l'examen; ils doivent également fournir à la CNESST les rapports qu'elle leur demande relativement à ce travailleur, et qui, selon elle, sont pertinents pour rendre une décision sur sa réclamation. À défaut de faire ces rapports, chacun d'eux perd le droit de recouvrer le coût de ses services.

## Information médicale complémentaire

### Article 202 de la LATMP

Dans les dix jours de la réception d'une demande de la CNESST à cet effet, le médecin qui a charge du travailleur doit fournir à la CNESST, sur le formulaire qu'elle prescrit, un rapport qui comporte les précisions qu'elle requiert sur un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1° à 5° du premier alinéa de l'article 212.

## Rapport final

### (Article 54 de la LAT en ce qui a trait au rapport final)

Le médecin, le chirurgien ou le représentant d'un centre hospitalier qui a traité un travailleur ou une travailleuse ou en a pris soin ou a été consulté à son sujet et l'expert qui a examiné ce travailleur à la demande de la CNESST doivent faire rapport à cette dernière de leurs constatations, de leurs recommandations de traitements et de leurs autres recommandations dans les six jours suivant le premier traitement, la consultation ou l'examen; ils doivent également fournir à la CNESST les rapports qu'elle leur demande relativement à ce travailleur, et qui, selon elle, sont pertinents pour rendre une décision sur sa réclamation. À défaut de faire ces rapports, chacun d'eux perd le droit de recouvrer le coût de ses services.

Pour ce faire, le médecin est invité à se référer au *Règlement sur le barème des déficits anatomophysiologiques de la Loi sur les accidents du travail*, qui peut être consulté sur le site de la Direction générale de l'IVAC : [ivac.qc.ca](http://ivac.qc.ca).

## Récidive, rechute ou aggravation

### Article 43 de la LAT

43. 1. S'il est démontré, à la satisfaction de la CNESST, qu'un travailleur est incapable de travailler en raison d'une aggravation consécutive à un accident survenue plus d'un an après cet accident, l'indemnité relative à l'incapacité temporaire est basée sur les gains du réclamant à l'époque de l'aggravation, comme s'il s'agissait d'un nouvel accident, lorsque ces gains sont plus élevés que ceux qui ont servi de base pour établir l'indemnité antérieure.

2. Quand cette aggravation cause une incapacité permanente, l'indemnité est basée sur les gains précédant l'aggravation si ces gains sont plus élevés que ceux qui ont servi de base pour établir l'indemnité antérieure.

3. Dans les cas prévus aux deux paragraphes précédents, le degré d'incapacité pour lequel le travailleur est déjà compensé doit être déduit.

# SECTION 1

---

## FORMULAIRES SPÉCIFIQUES À LA DGIVAC

**Numéro**

**Titre**

---

227

Attestation médicale

---

228

Rapport médical


---

229

Rapport final

# ATTESTATION MÉDICALE

## FORMULAIRE 227



**IVAC**  
Indemnisation  
des victimes  
d'actes criminels

**ATTESTATION MÉDICALE**  
Code RAMQ 15795

N° d'assurance maladie \_\_\_\_\_

**1** Prénom et nom à la naissance \_\_\_\_\_

**2** Date de naissance: Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_

Init. \_\_\_\_\_ Nom du médecin \_\_\_\_\_ N° de permis \_\_\_\_\_ N° de groupe \_\_\_\_\_

Date: Événement d'origine \_\_\_\_\_

au: Événement sur une période \_\_\_\_\_

Rechute ou aggravation: \_\_\_\_\_

Visite: \_\_\_\_\_

Cochez s'il y a eu un arrêt de travail ou un arrêt des études en raison de l'acte criminel ou du sauvetage.

**3** **Diagnostic(s) précis découlant de la blessure et renseignements complémentaires**  
(nature et durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés)

\_\_\_\_\_

**4** **SIÈGE(S) DE LA BLESSURE** (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)

Crâne    Oreilles    Visage    Yeux    Dents    Cervical    Dorsal

Lombaire    Sacré    Thorax    Bassin    Abdomen    Psychologique

Autres diagnostics actuels physiques ou psychiques pouvant avoir des répercussions (*précisez*) \_\_\_\_\_

Membre supérieur				Membre inférieur			
Gauche		Droite		Gauche		Droite	
<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Orteils	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avant-bras	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/>		

**5** Indiquez si la personne victime/le sauveteur a pu vaquer à ses occupations habituelles :  Oui  Non Si non, précisez : \_\_\_\_\_

**6** **Date prévisible de consolidation**

14 jours ou moins \_\_\_\_\_

ou

plus de 14 jours

Durée prévisible à compter de la présente visite \_\_\_\_\_ Nombre de semaines

**7** **Reverrez-vous la personne victime/le sauveteur ?**

Oui  Non Si oui, date prévue : \_\_\_\_\_

**Référence à un autre médecin ?**

Oui  Non Si oui, date de référence : \_\_\_\_\_

Nom du médecin \_\_\_\_\_

J'assurerai le suivi malgré cette référence  Oui  Non

**13** **Lieu de la visite**

**Nom de la clinique ou de l'établissement de santé** \_\_\_\_\_

Adresse rue, app. \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province/État \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Télécopieur \_\_\_\_\_

**8** **Signature du médecin** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**14** **Cochez si médecin non participant à la RAMQ**

Cochez s'il y a lieu  Victime d'un acte criminel  Sauveteur (acte de civisme)

2 27 (2019-09)

Copie 1 : **DGIVAC**

Copie 2 : **Réclamant**

Copie 3 : **Autre**

Copie 4 : **Médecin**

## 1. Renseignements sur l'identité du bénéficiaire

### BÉNÉFICIAIRE DU QUÉBEC

Inscrire les renseignements figurant sur la carte d'assurance maladie (impression de la carte d'assurance maladie).

### AUTRE BÉNÉFICIAIRE

Inscrire les nom, prénom, adresse et date de naissance de la victime ou du sauveteur.

## 2. Renseignements sur l'identité du médecin

Inscrire vos nom et prénom, et votre numéro de pratique du Collège des médecins.

## 3. Diagnostic de la blessure et renseignements complémentaires

Décrire la nature de la blessure. Être le plus précis possible lorsque vous indiquez le diagnostic. Lorsqu'un diagnostic est incertain pour le moment, vous devez l'indiquer. Toujours inscrire les traitements prescrits et leur durée.

**Exemple : Syndrome de stress post-traumatique**

## 4. Sièges de la blessure (cochez tous les éléments qui s'appliquent)

Cocher le ou les sièges de la blessure. S'il y a plus d'un siège de blessure, cocher tous les éléments qui s'appliquent. S'il s'agit d'une blessure à un membre, indiquer le côté : droit ou gauche.

## 5. Activités habituelles

Indiquer si la personne victime ou le sauveteur a pu vaquer à ses occupations habituelles : activités de la vie quotidienne, domestique ou autre. Au besoin, utiliser l'espace prévu à cet effet pour fournir des détails sur les activités affectées.

## 6. Période prévisible de consolidation

Si vous prévoyez que la période de consolidation de la blessure soit de moins de quatorze (14) jours, cocher « 14 jours ou moins » et inscrire la date de consolidation prévue.

Si vous prévoyez que la période de consolidation sera de plus de quatorze (14) jours, cocher « plus de 14 jours » et inscrire la durée prévisible de consolidation de la blessure (en semaines) à compter de la date de votre examen.

## 7. Reverrez-vous la personne victime ou le sauveteur?

Inscrire si vous reverrez la personne victime ou le sauveteur ou non et si oui, inscrire la date du prochain rendez-vous.

Si vous revoyez la victime ou le sauveteur durant la période de consolidation de quatorze (14) jours ou moins, vous pouvez remplir un nouveau rapport d'attestation médicale.

## 8. Signature du médecin

Signer le rapport médical et inscrire la date de signature.

## 9. Date de l'événement d'origine

Inscrire la date de l'acte criminel, ou encore la date du début et de la fin de la période sur laquelle les événements se sont déroulés (ex. : 2019-05-11 au 2019-07-25).

## 10. Date de récurrence, de rechute ou d'aggravation

Inscrire la date à laquelle la récurrence, la rechute ou l'aggravation s'est manifestée.

## 11. Date de la visite

Inscrire la date à laquelle vous avez examiné la personne victime ou le sauveteur.

## 12. Cocher la case si la personne victime ou le sauveteur est en arrêt de travail à la suite de l'acte criminel ou de l'acte de civisme.

## 13. Lieu de la visite

Inscrire le nom de la clinique où vous avez examiné la personne victime ou le sauveteur. Inscrire aussi l'adresse, le numéro de téléphone et le numéro de télécopieur de la clinique.

## 14. Cocher la case appropriée selon si le patient est une victime d'un acte criminel ou un sauveteur (acte de civisme).



## 1. Renseignements sur l'identité du bénéficiaire

### BÉNÉFICIAIRE DU QUÉBEC

Inscrire les renseignements figurant sur la carte d'assurance maladie (impression de la carte d'assurance maladie).

### AUTRE BÉNÉFICIAIRE

Inscrire les nom, prénom, adresse et date de naissance de la personne victime ou du sauveteur.

## 2. Renseignements sur l'identité du médecin

Inscrire vos nom et prénom, et votre numéro de pratique du Collège des médecins.

## 3. Diagnostic(s) et renseignements complémentaires

Inscrire le diagnostic de la blessure. Il doit être le plus précis possible. S'il y a plus d'un diagnostic, vous devez tous les inscrire. Décrire l'évolution de la blessure.

Un symptôme n'est pas un diagnostic.

## 4. Traitement(s) prescrit(s) ou en cours depuis la dernière visite

Préciser les traitements en cours depuis la dernière visite médicale. Cocher, selon le cas, la case appropriée : « Physiothérapie », « Ergothérapie » ou « Autre(s) ». Si vous cochez « Autre(s) », préciser quel est le traitement.

Indiquer si une chirurgie est prévue et, le cas échéant, la date à laquelle la demande a été faite. Indiquer le type d'intervention prévu et l'établissement où la chirurgie sera effectuée.

## 5. Reverrez-vous la personne victime ou le sauveteur ?

Inscrire si « Oui » ou « Non » vous reverrez la personne victime ou le sauveteur. Si oui, inscrire la date du prochain rendez-vous.

## 6. Référence à un autre médecin

Inscrire si « Oui » ou « Non » vous avez dirigé la personne victime ou le sauveteur vers un autre médecin ainsi que la date de référence. Indiquer le nom du médecin auquel vous avez référé la personne victime ou le sauveteur.

Préciser si vous continuerez d'assurer le suivi médical de la personne victime ou du sauveteur.

## 7. Signature du médecin

Signer le rapport médical et inscrire la date de signature.

## 8. Date de l'événement d'origine

Inscrire la date de l'acte criminel ou de civisme, ou encore la date du début et de la fin de la période sur laquelle les événements se sont déroulés (ex. : 2019-05-11 au 2019-07-25).

## 9. Date de récurrence, de rechute ou d'aggravation

Inscrire la date à laquelle la récurrence, la rechute ou l'aggravation s'est manifestée.

## 10. Date de la visite

Inscrire la date à laquelle vous avez examiné la personne victime ou le sauveteur.

## 11. Arrêt de travail, d'études ou des occupations habituelles

Indiquer si la personne victime ou le sauveteur est en arrêt de travail ou d'études. Indiquer aussi si la personne victime ou le sauveteur est en mesure de vaquer à ses occupations habituelles (activités de la vie quotidienne, domestique ou autre).

## 12. Période prévisible de consolidation

Indiquer la période prévisible de consolidation (en jours ou en semaines) à compter de la date de votre examen.

## 13. Évolution de la blessure

Par rapport à la dernière visite médicale, préciser si la condition de la personne victime ou sauveteur s'est améliorée, est demeurée stable ou s'est détériorée.

## 14. Examen(s) prescrit(s) depuis la dernière visite

Inscrire les examens prescrits depuis la dernière visite médicale.

**15. Limitations fonctionnelles temporaires**

Indiquer si la personne victime ou le sauveteur présente des limitations fonctionnelles temporaires. Si oui, préciser lesquelles.

**16. Séquelles permanentes**

Cocher la case appropriée selon que vous croyez que la personne victime ou le sauveteur aura ou non des séquelles permanentes sous forme d'atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique ou sous forme de limitations fonctionnelles permanentes. Indiquer si votre réponse est incertaine pour le moment ou s'il est prématuré de répondre à cette question.

**17. Lieu de la visite**

Inscrire le nom de la clinique où vous avez examiné la personne victime ou le sauveteur. Inscrire aussi l'adresse, le numéro de téléphone et le numéro de télécopieur de la clinique.

**18. Non-participant à la RAMQ**

Cocher cette case si vous êtes non-participant à la RAMQ.

**19. Cocher la case appropriée selon si le patient est une personne victime d'un acte criminel ou un sauveteur (acte de civisme).**



## 1. Renseignements sur l'identité du bénéficiaire

### BÉNÉFICIAIRE DU QUÉBEC

Inscrire les renseignements figurant sur la carte d'assurance maladie (impression de la carte d'assurance maladie).

### AUTRE BÉNÉFICIAIRE

Inscrire les nom, prénom, adresse et date de naissance de la personne victime ou du sauveteur.

## 2. Renseignements sur l'identité du médecin

Inscrire vos nom et prénom, et votre numéro de pratique du Collège des médecins.

## 3. Diagnostic(s) final(aux) de la blessure

Inscrire le ou les diagnostics acceptés par la Direction générale de l'IVAC.

## 4. Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique et limitations fonctionnelles

Indiquer si la blessure entraîne :

- une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- des limitations fonctionnelles permanentes et si celles-ci ont aggravé des limitations fonctionnelles antérieures.

Si vous répondez négativement aux deux questions, vous n'avez pas à produire de rapport d'évaluation médicale.

Si vous répondez par l'affirmative à l'une de ces questions, vous êtes invité à faire parvenir à la Direction générale de l'IVAC un rapport d'évaluation médicale.

Si vous prévoyez produire un rapport d'évaluation médicale, veuillez indiquer la date prévue de l'évaluation.

Si, pour une raison quelconque, vous avez dirigé la personne victime ou le sauveteur vers un autre médecin pour cette évaluation, précisez le nom du médecin auquel vous avez référé la personne victime ou le sauveteur.

## 5. Signature du médecin

Signer le rapport médical et inscrire la date de signature.

## 6. Date de l'événement d'origine

Inscrire la date de l'acte criminel ou de civisme, ou encore la date du début et de la fin de la période sur laquelle les événements se sont déroulés (ex. : 2019-05-11 au 2019-07-25).

## 7. Date de récurrence, de rechute ou d'aggravation

Inscrire la date à laquelle la récurrence, la rechute ou l'aggravation s'est manifestée.

## 8. Date de la visite

Inscrire la date à laquelle vous avez examiné la personne victime ou le sauveteur.

## 9. Consolidation

Inscrire obligatoirement la date de consolidation de la blessure.

## 10. Lieu de la visite

Inscrire le nom de la clinique où vous avez examiné la personne victime ou le sauveteur. Inscrire aussi l'adresse de la clinique, le numéro de téléphone et le numéro de télécopieur.

## 11. Non-participant à la RAMQ

Cocher cette case si vous êtes non-participant à la RAMQ.

## 12. Cocher la case appropriée selon si le patient est une victime d'un acte criminel ou un sauveteur (acte de civisme).

---

# SECTION 2


## FORMULAIRES DE LA CNESST

ÉGALEMENT UTILISÉS POUR LE SUIVI MÉDICAL  
DES PERSONNES VICTIMES ET DES SAUVETEURS

Numéro	Titre
2450	Renseignements concernant la recommandation de traitement en physiothérapie ou en ergothérapie
2064	Rapport d'évaluation médicale
2096	Information médicale complémentaire écrite

# RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RECOMMANDATION DE TRAITEMENT EN PHYSIOTHÉRAPIE OU EN ERGOTHÉRAPIE

FORMULAIRE 2450



**AVIS MOTIVÉ DU MÉDECIN QUI A CHARGE**  
Santé et sécurité du travail

Ce formulaire doit être rempli par le médecin qui a charge

**Renseignements sur l'identité du travailleur**

Nom du travailleur	N° de dossier du travailleur
Adresse	N° d'assurance maladie
	Date de l'événement d'origine
	Date de récurrence, rechute ou aggravation

**1 - Appréciation du bilan fonctionnel** (À titre d'exemples : gains fonctionnels constatés, amélioration dans l'exécution des AVQ, plateau thérapeutique atteint, etc.):

**2 - Recommandations du médecin qui a charge** *Note: Il est important de remplir les deux sections (physiothérapie et ergothérapie) même si le travailleur ne reçoit pas ce type de traitements.*

**A) Physiothérapie**  
 Les traitements **sont commencés** : Est-il pertinent de les poursuivre ? Oui  Non   
 Les traitements **ne sont pas commencés** : Seront-ils nécessaires ? Oui  Non  Date prévisible de début 

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

**B) Ergothérapie**  
 Les traitements **sont commencés** : Est-il pertinent de les poursuivre ? Oui  Non   
 Les traitements **ne sont pas commencés** : Seront-ils nécessaires ? Oui  Non  Date prévisible de début 

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

**C) Objectifs visés**  
 (À titre d'exemples : gains fonctionnels prévisibles, traitements requis en vue d'une chirurgie planifiée, retour au travail prévu, etc.)

**3 - Date prévue de la prochaine visite médicale** ▶ 

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Nom du médecin (en lettres majuscules)	N° de permis	Téléphone	Télécopieur								
Signature	▶ <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">J</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">J</td></tr></table>		A	A	A	A	M	M	J	J	Code d'acte <b>09900</b>
A	A	A	A	M	M	J	J				

Copie blanche: **CNESST** Copie verte: **Médecin** Copie jaune: **Service de physiothérapie** Copie rose: **Service d'ergothérapie** Copie or: **Travailleur**

2 4 5 0 (2017-02)

# RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RECOMMANDATION DE TRAITEMENT EN PHYSIOTHÉRAPIE OU EN ERGOTHÉRAPIE

---

Des modifications ont été apportées au *Règlement sur l'assistance médicale*, lequel prévoit le remboursement des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie au-delà de 30 traitements, ou de 8 semaines de traitement.

Le *Règlement sur l'assistance médicale* encadre la fréquence des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, de même que le moment de la prise en charge d'un patient par un ergothérapeute. Ainsi, il prévoit :

- qu'un maximum hebdomadaire de trois séances de physiothérapie et de trois séances d'ergothérapie peut être donné à la personne victime ou au sauveteur ;
- qu'un ergothérapeute peut prendre en charge la personne victime ou le sauveteur seulement à compter de la sixième semaine après la date de l'événement. Une exception s'applique cependant aux types et aux sièges de blessure suivants :
  - une blessure à la main ou au poignet,
  - un syndrome douloureux régional complexe, peu importe le siège de la blessure,
  - une atteinte nerveuse aux membres supérieurs,
  - une brûlure, peu importe le siège de la blessure.

Si le médecin juge que la personne victime ou le sauveteur a besoin d'une fréquence plus élevée de traitements ou d'une prise en charge plus rapide en ergothérapie, nous l'invitons à l'indiquer sur la prescription. En l'absence de cette précision, la prise en charge et la fréquence des traitements prévus au règlement s'appliqueront.

# RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

## FORMULAIRE 2064, VERSIONS PAPIER ET ÉLECTRONIQUE

Formulaire 2064, version papier


CNESST		RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE	
		Santé et sécurité du travail	
		P	
<b>A</b>	<b>A. Renseignements sur le travailleur</b>		
Nom à la naissance		Prénom	N° de dossier du travailleur
Adresse N°, Rue, App.			N° d'assurance maladie
Ville			Date de naissance
Province		Code postal	Date de l'évènement
N° de téléphone	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Date de la récidive, rechute ou aggravation
<b>B</b>	<b>B. Renseignements sur le médecin</b>		
Nom		Prénom	N° de permis du médecin
Adresse			Date de l'examen
Ville		Code postal	
N° de téléphone			
<b>C</b>	<b>C. Rapport (voir instructions au verso pour les points à remplir)</b>		
<b>D. Signature du médecin</b>			
Code d'évaluation 09944	Code de complexité (doit être autorisé par le médecin-conseil de la CNESST)	Cochez si médecin non participant à la RAMQ <input type="checkbox"/>	Signature du médecin
		Date	

2064 (2017-05)

# FORMULAIRE 2064, VERSION ÉLECTRONIQUE

Formulaire 2064, page 1

Ce formulaire peut être téléchargé à [cnesst.gouv.qc.ca/medecins](http://cnesst.gouv.qc.ca/medecins)



**RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE**  
Santé et sécurité du travail

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

B. Renseignements sur le médecin			
Nom	Prénom	N° de permis du médecin	
Adresse		Téléphone	
Date de l'examen			

C. Rapport	
<b>1. Diagnostic</b>	
<b>2. Plaintes et problèmes liés à la lésion professionnelle</b>	
<b>3. Antécédents pertinents concernant la lésion professionnelle</b>	
<b>4. Médication ou autres mesures thérapeutiques</b>	
<b>5. Examen physique ou mental (incluant examen controlatéral, s'il y a lieu)</b>	

\*Cnesst\* (2017-12)

## FORMULAIRE 2064, VERSION ÉLECTRONIQUE

Formulaire 2064, page 2

Ce formulaire peut être téléchargé à [cnesst.gouv.qc.ca/medecins](http://cnesst.gouv.qc.ca/medecins)

<b>C. Rapport</b>		
<b>6. Examens paracliniques utiles à l'évaluation</b>		
<b>7. Aggravation</b>		
<b>8. Bilatéralité</b>		
<b>9. Limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle</b>		
<b>10. Évaluation pour une atteinte dans un autre système</b>		
<b>11. Conclusion</b>		
<b>12. Bilan des séquelles</b>		
<b>a) Séquelles actuelles</b>		
Code de séquelle	Description	%
<b>b) Séquelles antérieures</b>		
Code de séquelle	Description	%
<b>c) Autres déficits liés à la bilatéralité</b>		
Code de séquelle	Description	%
<b>D. Signature du médecin</b>		
	Date	Code RAMQ 09944
		Code de complexité (doit être autorisé par le médecin-conseil de la CNESST)

\*CNESST\* (2017-12)

# RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

Les médecins sont invités à utiliser la version électronique, sous forme de gabarit Word, du rapport d'évaluation médicale, disponible à [cnesst.gouv.qc.ca/medecins](http://cnesst.gouv.qc.ca/medecins).

Le **Rapport d'évaluation médicale** est un formulaire créé par la CNESST et qui sert à évaluer les limitations fonctionnelles ainsi que les pourcentages d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique de la personne victime ou du sauveteur dès que la blessure est consolidée. Dans le cadre d'une demande transmise à la Direction générale de l'IVAC, toute mention du « travailleur » doit être considérée comme faisant référence à une personne victime ou à un sauveteur. La mention de « lésion » doit aussi être comprise comme une référence à la blessure de la personne victime ou du sauveteur et qui fait suite à l'acte criminel ou à l'acte de civisme.

Ce rapport est rempli de préférence par le médecin qui a effectué le suivi de la personne victime ou du sauveteur.

En l'absence d'une évaluation médicale réalisée par le médecin qui a assuré le suivi médical auprès de la personne victime ou du sauveteur, la Direction générale de l'IVAC désignera, si nécessaire, un médecin expert pour procéder à l'évaluation des séquelles et des limitations fonctionnelles.

## A. RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR

Remplir en entier la section A.

Inscrire la date de l'acte criminel ou la période sur laquelle les actes se sont déroulés. S'il s'agit d'une rechute, d'une récurrence ou d'une aggravation, ajouter la date à laquelle elle s'est manifestée.

## B. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Remplir la section B.

Inscrire la date à laquelle vous avez examiné la personne victime ou le sauveteur pour faire l'évaluation.

## C. RAPPORT

### 1. Diagnostic

Indiquer le ou les diagnostics de la blessure acceptée par la Direction générale de l'IVAC.

### 2. Plaintes et problèmes liés à la lésion professionnelle

Faire un résumé de l'événement et de l'évolution, ainsi qu'une description des symptômes actuels, y compris les facteurs aggravant et diminuant ces symptômes, les restrictions dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD) ainsi que pour le travail.

### 3. Antécédents pertinents concernant la lésion professionnelle

Décrire toute condition antérieure au même site que la blessure ou à proximité de celle-ci. Indiquer aussi toute condition médicale pouvant avoir une influence sur la blessure.

### 4. Médication ou autres mesures thérapeutiques

Faire un résumé des traitements faits, y compris des chirurgies, s'il y a lieu. Si des traitements sont en cours au moment de l'évaluation (médication ou autres), prière de l'indiquer.

### 5. Examen physique ou mental (y compris examen controlatéral, s'il y a lieu)

Un examen physique complet et précis permet de mieux déterminer les atteintes permanentes. Dans le cas d'une blessure d'un membre, la comparaison avec le côté controlatéral est essentielle.

## CAS PARTICULIERS

### Audition

Dans tous les cas d'évaluation de la fonction auditive, inscrire, pour chaque oreille, les seuils en décibels ayant servi à établir le seuil auditif moyen qui détermine le pourcentage de déficit anatomophysiologique (DAP).

Indiquer le temps de repos auditif précédant l'examen audiométrique.

Joindre une copie de l'audiogramme et des autres rapports d'examens audiométriques.

### Peau

Pour chaque segment atteint, inscrire la valeur de chaque élément (perte de souplesse, épaissement, déshydratation) servant à déterminer le coefficient d'atteinte anatomophysiologique. Inscrire aussi la valeur de chaque élément (coefficient d'atteinte anatomophysiologique, aire anatomique, pourcentage maximal) nécessaire au calcul du déficit anatomophysiologique.

### Vision

Dans tous les cas d'évaluation de la fonction visuelle, inscrire, pour chaque œil, les valeurs relatives à l'évaluation du champ visuel, de la motilité oculaire et de l'acuité visuelle ainsi que les calculs qui ont servi à déterminer l'efficacité visuelle. Inscrire aussi les calculs qui ont servi à déterminer le pourcentage d'efficacité visuelle binoculaire et le pourcentage de déficit anatomophysiologique pour l'appareil visuel dans son ensemble.

Joindre une copie des résultats d'examens jugés pertinents à l'évaluation, notamment le test du champ visuel selon Goldmann.

Ces renseignements particuliers à l'audition, à la vision et à la peau sont nécessaires à la vérification des calculs des pourcentages pour fournir une information complémentaire satisfaisante à la personne victime ou au sauveteur qui en fait la demande. Ils sont aussi très utiles dans les cas d'aggravation ou de contestation.

Il est important que la Direction générale de l'IVAC puisse reproduire entièrement les étapes du calcul du déficit anatomophysiologique, comme le prévoit le barème.

#### 6. Examens paracliniques utiles à l'évaluation

Décrire les examens pertinents faits en lien avec la blessure.

#### 7. Aggravation

À remplir si la personne victime ou le sauveteur a déjà eu une blessure au même site.

#### 8. Bilatéralité

À remplir si la personne victime ou le sauveteur présente une atteinte aux deux membres supérieurs, aux deux membres inférieurs ou au tronc, quelle que soit l'origine de cette atteinte (à l'exclusion des préjudices esthétiques).

#### 9. Limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle

Décrire les limitations permanentes en fonction de la blessure, et non en fonction de l'occupation de la personne. Indiquer ce que la personne victime ou le sauveteur ne peut plus faire ou ne doit plus faire en conséquence de sa blessure.

Il s'agit de toute réduction ou restriction permanente de la capacité physique ou psychique à accomplir certaines activités ou à subir certains effets. Une limitation fonctionnelle s'objective ou se traduit par l'incapacité de la personne victime ou du sauveteur à exécuter certains mouvements, à prendre certaines positions, à garder certaines postures ou à subir certaines contraintes dans des conditions quantifiables.

Afin de faciliter la compréhension et l'interprétation du rapport d'évaluation médicale en ce qui a trait aux limitations fonctionnelles, nous vous demandons de procéder comme suit : déterminer l'action ou les actions que la personne victime ou le sauveteur peut accomplir, mais avec des restrictions, et celles qu'elle ou il doit éviter complètement. Vous référer à l'aide-mémoire qui suit pour les blessures musculosquelettiques et les blessures psychiques.

# AIDE-MÉMOIRE

## BLESSURES MUSCULOSQUELETTIQUES

### A. BLESSURES À LA COLONNE OU AUX MEMBRES INFÉRIEURS

- **Exécuter des mouvements de flexion, d'extension ou de torsion** (segment articulaire touché, amplitude et fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **Soulever, porter, pousser ou tirer des charges en position confortable** (description de l'action, poids maximal de la charge, fréquence à ne pas dépasser);
- **Exercer des activités en position penchée, accroupie ou instable** (précision sur la position et la durée à ne pas dépasser);
- **Garder la même posture** (description de la posture et durée à ne pas dépasser);
- **Monter, descendre des escaliers** (nombre de marches, rythme, fréquence à ne pas dépasser);
- Marcher sur un terrain accidenté ou glissant;
- **Ramper, grimper;**
- **Subir des vibrations ou des contrecoups à la colonne** (description des vibrations et des contrecoups);
- **Autres.**

### B. BLESSURES AUX MEMBRES SUPÉRIEURS

- **Exécuter des mouvements de flexion, d'extension, de latéralité ou de rotation** (articulation touchée, amplitude et fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **Garder le bras en position statique d'élévation ou d'abduction ou dans une autre position** (description de la position, durée à ne pas dépasser);
- **Soulever, porter des charges en position confortable** (description de l'action, poids maximal de la charge, fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **Lever le bras plus haut que les épaules** (fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **Exécuter des mouvements répétitifs** (articulation touchée, fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **Prendre, tenir, serrer** (amplitude et puissance de la préhension, durée ou fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **Pousser, presser, appuyer** (intensité et fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **Tirer ou lancer** (poids de la charge et fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **S'accrocher, s'agripper** (durée ou fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **Exécuter des activités qui demandent de la précision ou de la dextérité manuelle;**
- **Autres.**

## BLESSURES PSYCHIQUES

Les limitations fonctionnelles doivent être en lien avec la blessure diagnostiquée (ex. : incapacité à travailler dans une institution bancaire en raison du trouble phobique résiduel à la suite d'un vol à main armée) ou avec les effets secondaires de la médication (ex. : incapacité à effectuer un travail en hauteur, comme grimper dans des pylônes, en raison des étourdissements occasionnés par la médication).

- **Limitation aux activités de la vie quotidienne** : Décrire les difficultés observées et évaluer le degré de limitations fonctionnelles quant à la fréquence  
(ex. : incapacité occasionnelle < 25 % des activités ou du temps);
- **Difficulté à maintenir un bon fonctionnement social** :  
Évaluer le niveau de fonctionnement social  
(ex. : retrait social, comportement inapproprié ou agressivité);

- **Difficulté à effectuer certaines tâches ou activités en milieu de travail :**  
Décrire les tâches ou activités où une incapacité permanente est observée  
(ex. : difficulté à effectuer un travail exigeant de la dextérité fine en raison de tremblements occasionnés par la médication).

#### 10. Évaluation pour une atteinte dans un autre système

Indiquer si une autre évaluation devrait être faite dans une autre spécialité ou par un autre médecin.

#### 11. Conclusion

Résumer l'ensemble du dossier.

#### 12. Bilan des séquelles

Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, se référer au **Règlement sur le barème des déficits anatomophysiologiques LAT**.

**Séquelles actuelles :** Inscrire toutes les séquelles aux sièges de la blessure

Description.....Pourcentage

**Séquelles antérieures :** Inscrire les séquelles de toutes origines aux sièges de la blessure.

Description.....Pourcentage

**Autres déficits liés à la bilatéralité :** Inscrire les autres atteintes au même membre et au membre controlatéral non indiquées dans les séquelles actuelles et antérieures mais permettant de calculer la bilatéralité.

Description.....Pourcentage

#### 13. Signature du médecin

Un code de complexité peut être ajouté s'il a été autorisé au préalable par le médecin-conseil de la Direction générale de l'IVAC.

Signer le formulaire et indiquer la date de signature.

Vous pouvez consulter le *Règlement sur le barème des déficits anatomophysiologiques*, ainsi que tous les formulaires décrits dans cette première section, en visitant le site Web de la Direction générale de l'IVAC : [ivac.qc.ca](http://ivac.qc.ca).

À la fin de chaque formulaire 2064, le médecin évaluateur doit inscrire, s'il y a lieu, le code de complexité préalablement autorisé par le médecin-conseil de la Direction générale de l'IVAC. Se référer, pour les omnipraticiens, à l'onglet B, « Consultation et examen », à la section « Rémunération des services médicoadministratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* » de votre **Manuel des médecins**, publié par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Pour les spécialistes, veuillez vous référer à l'onglet B, « Tarification des visites », à la section « Annexe 24, rémunération des services médicoadministratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* ».

## EXEMPLE DE RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

D'autres modèles sont disponibles à [cnesst.gouv.qc.ca/medecins](http://cnesst.gouv.qc.ca/medecins).

Prendre note que le barème utilisé pour les victimes et les sauveteurs (LAT) diffère du barème utilisé dans le cadre de lésions ou de maladies professionnelles (LATMP).

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

B. Renseignements sur le médecin		
Nom	Prénom	N° de permis du médecin
Adresse	Téléphone	
Date de l'examen		

C. Rapport		
<b>1. Diagnostic</b>		
État de stress post-traumatique <i>Bien s'assurer qu'il s'agit du diagnostic de la blessure acceptée par la DGIVAC.</i>		
<b>2. Plaintes et problèmes liés à la lésion professionnelle</b>		
<b>Résumé de l'événement et de l'évolution</b> Le 25 octobre 2018, Mme (41 ans) a été victime d'un acte criminel (agression armée) alors qu'elle se déplaçait en transport en commun pour rentrer chez elle après son quart de travail de soir. Elle a présenté des signes de contusion des tissus mous au bras gauche, signes qui se sont résorbés sans séquelles.  Sur le plan psychique, elle a présenté un tableau clinique d'anxiété s'accompagnant de troubles du sommeil, d'irritabilité, d'hypervigilance, de souvenirs répétitifs de l'événement et de phénomènes d'évitement. Grâce aux traitements, les symptômes se sont significativement atténués. La blessure a été consolidée le 28 août 2019.  <b>Description des symptômes actuels, y compris les facteurs aggravant et diminuant ces symptômes, les restrictions dans les AVQ et AVD, ainsi que pour le travail.</b>  Madame a repris graduellement le travail à partir du 21 mai 2019 et elle travaille actuellement à temps plein. Elle éprouve toujours une certaine anxiété lors de ses déplacements en soirée, en plus de présenter occasionnellement de l'insomnie après une journée de travail. Elle peut cependant exécuter sans trop de difficulté les activités de sa vie quotidienne (déplacements, entretien du domicile, loisirs, etc.)		

\*CNESST\* (2017-12)

## SUITE – EXEMPLE DE RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

D'autres modèles sont disponibles à [cnesst.gouv.qc.ca/medecins](http://cnesst.gouv.qc.ca/medecins).

Prendre note que le barème utilisé pour les victimes et les sauveteurs (LAT) diffère du barème utilisé dans le cadre de lésions ou de maladies professionnelles (LATMP).

<b>C. Rapport</b>			
<b>9. Limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle</b>			
<p><b>Bien décrire les limitations fonctionnelles à respecter tant au travail que dans les activités quotidiennes. Décrire les limitations fonctionnelles de façon générale en fonction de la blessure et non en fonction du travail.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Madame devrait éviter de se déplacer seule en transport en commun après la tombée de la nuit.</li> <li>• Légère diminution de la résistance aux stressseurs</li> </ul>			
<b>10. Évaluation pour une atteinte dans un autre système</b>			
<p><b>S'applique lorsqu'une blessure touche plus d'un système et qu'une partie de l'évaluation devrait être faite par un autre médecin.</b></p> <p>Aucune n'est requise.</p>			
<b>11. Conclusion</b>			
<p>Femme de 41 ans présentant un ESPT consécutif à une agression armée subie alors qu'elle se déplaçait en transport en commun après la fin d'un quart de travail de soir. Elle a bien répondu aux traitements. Depuis son retour au travail, Mme présente une anxiété résiduelle et souffre occasionnellement d'insomnie. La blessure est consolidée depuis le 28 août 2019.</p>			
<b>12. Bilan des séquelles</b>			
<p>Selon le Barème de la LAT : Groupe I des névroses :</p> <p>i. Le syndrome névrotique est surtout subjectif, mais vraisemblable, complet, cohérent et il s'accompagne de modifications mineures et qui ne rendent pas incapable de conduites adaptatives. Il n'y a pas de réduction des activités quotidiennes, ni altération du rendement social ou personnel: – 0 à 15%</p> <p>ii. Le fait que ces déficits ne résultent pas d'une grande incapacité devrait les faire se situer habituellement dans le tiers inférieur de ce pourcentage, soit: – 0 à 5%</p>			
<b>a) Séquelles actuelles</b>			
<b>Code de séquelle</b>	<b>Description</b>	<b>%</b>	
DAP	Névrose de groupe 1 (déficit mineur)	4%	
<b>b) Séquelles antérieures</b>			
<b>Code de séquelle</b>	<b>Description</b>	<b>%</b>	
<b>c) Autres déficits liés à la bilatéralité</b>			
<b>Code de séquelle</b>	<b>Description</b>	<b>%</b>	
<b>D. Signature du médecin</b>		<b>Code RAMQ</b>	<b>Code de complexité (doit être autorisé par le médecin-conseil de la CNESST)</b>
<i>Signature</i>		09944	
Date			
2019-09-16			
*CNESST* (2017-12)			

# INFORMATION MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE ÉCRITE

FORMULAIRE 2096, CF. LATMP, ART. 202, P. 7 DU GUIDE



## INFORMATION MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE ÉCRITE Santé et sécurité du travail

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	N° de permis du médecin	Date de la demande
Signature	Téléphone	

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

4. Rapport du médecin qui a charge du travailleur		

Signature du médecin qui a charge du travailleur		
Signature	Date	Code RAMQ 09929

Le sigle CNESST désigne la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail  
La forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes

Le formulaire d'information médicale complémentaire écrite (IMC) est un formulaire conçu par la CNESST. Dans le cadre d'une demande transmise à la Direction générale de l'IVAC, toute mention du « travailleur » doit être considérée comme faisant référence à une personne victime ou à un sauveteur.

Seule la section 4 doit être remplie par le médecin qui a effectué le suivi médical de la personne victime ou du sauveteur, les sections précédentes ayant été remplies par le médecin de la Direction générale de l'IVAC. Il s'agit d'une demande de précisions formulée par le médecin de la Direction générale de l'IVAC auprès du médecin qui effectue le suivi médical de la blessure d'une personne victime ou d'un sauveteur. Ces précisions peuvent porter notamment sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

- Le diagnostic en lien avec la physiopathologie de la blessure ;
- La relation entre le diagnostic et les traitements ;
- La période prévisible de consolidation de la blessure ;
- L'existence ou la nature des limitations fonctionnelles ;
- L'aspect médical d'une rechute, d'une récurrence ou d'une aggravation ;
- L'existence ou la nature d'une atteinte permanente objective à l'intégrité physique ou psychique ;
- L'identification ou l'aggravation d'une condition personnelle préexistante.

Au vu du dossier, le médecin fournit, sur ce formulaire, les précisions demandées par le médecin-conseil de la Direction générale de l'IVAC le plus rapidement possible suivant la réception de la demande.

#### **NOUS JOINDRE**

Direction générale de l'Indemnisation  
des victimes d'actes criminels

#### **ADRESSE**

1199, rue De Bleury  
C. P. 6056, succursale Centre-ville  
Montréal (Québec) H3C 4E1

#### **TÉLÉPHONE**

Sans frais, au Canada seulement :  
1 800 561-4822

Région de Montréal : 514 906-3019

Télécopieur : 514 906-3029

Secrétariat du bureau médical :  
514 906-3019, poste 2511

#### **HEURES D'OUVERTURE**

Lundi au vendredi :

8 h 30 à 12 h et 13 h à 16 h 30



**Indemnisation  
des victimes  
d'actes criminels**

**Pour nous joindre**

**[ivac.qc.ca](http://ivac.qc.ca)**

**1 800 561-4822**