

--	--	--

4. Date d'arrêt de travail

Veillez indiquer la date de votre dernière journée de présence à votre lieu de travail : année mois jour

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Questions complémentaires

5.1 Avez-vous revu votre médecin traitant ou consulté un autre médecin depuis la décision de la Régie?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque médecin et l'endroit de la rencontre :

Nom du médecin	Endroit du suivi (hôpital, clinique, CLSC, etc.)

5.2 Votre médication a-t-elle été modifiée (nouveau médicament, nouvelle posologie) depuis la décision de la Régie?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque nouveau médicament ainsi que la posologie prescrite pour chacun :

Nom du médicament	Posologie (ex. : 10 mg 2 fois par jour)

5.3 Avez-vous commencé de nouveaux traitements (en physiothérapie, en psychothérapie, en chirurgie, dans une clinique de la douleur, etc.) depuis la décision de la Régie?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer chaque nouveau traitement, la date de début, la fréquence et l'endroit du suivi :

Traitement	Date de début	Fréquence (n ^{bre} de fois par mois)	Endroit (hôpital, centre de réadaptation, clinique, CLSC, etc.)

5.4 Avez-vous subi des tests médicaux depuis la décision de la Régie ou prévoyez-vous en subir?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque test, de même que la date et l'endroit où il a été effectué ou l'endroit prévu :

Nom du test	Date (test effectué ou prévu)	Endroit

5.5 Avez-vous été hospitalisé depuis la décision de la Régie?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser la raison, la date et l'endroit de chaque hospitalisation :

Raison de l'hospitalisation	Date	Endroit

--	--	--

5. Questions complémentaires (suite)

5.6 Depuis la décision de la Régie, avez-vous eu ou prévoyez-vous avoir une expertise à la demande de la CSST, de la SAAQ ou d'une compagnie d'assurance?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de l'organisme ou de la compagnie et la date de chaque expertise effectuée ou prévue :

Nom de l'organisme ou de la compagnie	Date (expertise effectuée ou prévue)

6. Déclaration et signature

Je déclare que les renseignements fournis sont complets et exacts. D'ici à ce qu'une décision soit rendue, je m'engage à informer la Régie des rentes du Québec de tout changement relatif à ma situation de travail ou à mon état de santé.

Signature _____ **Date** _____
année mois jour

Si vous avez rempli ce formulaire pour une autre personne, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de famille _____ Prénom _____

Téléphone _____
ind. rég. Autre ind. rég.
 Au domicile _____ Poste _____

Pourquoi la personne qui conteste la décision prise à son sujet n'a-t-elle pas signé ce formulaire?

Avez-vous un lien de parenté avec elle? Non
 Oui. Précisez : _____

À quel titre avez-vous signé (héritier, mandataire, tuteur, etc.)? _____

Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire sont nécessaires à l'étude de votre demande. **L'omission de les fournir peut entraîner un retard ou un rejet de traitement.** Seuls les membres autorisés de notre personnel y ont accès. Ces renseignements sont communiqués à d'autres personnes ou organismes pour vérification auprès d'eux seulement dans les cas prévus par la loi. Ils peuvent aussi servir à des fins de recherche, d'évaluation, d'enquête ou de sondage. La *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* vous permet de consulter et de faire rectifier vos renseignements personnels.

Pour obtenir plus de renseignements



Par Internet

www.rrq.gouv.qc.ca



Par téléphone

Région de Québec : 418 643-5185
 Région de Montréal : 514 873-2433
 Sans frais : 1 800 463-5185



Par télécscripteur

Personnes sourdes ou malentendantes
 Sans frais : 1 800 603-3540

Retournez à :

Régie des rentes du Québec, Service de la révision, C. P. 5200, Québec (Québec) G1K 7S9