

# 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.

## Avis au médecin

Une rente d'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 est considérée comme invalide si la Régie la déclare atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée.
- Une invalidité est grave si elle rend la personne régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice.
- En outre, dans le cas d'une personne âgée de 60 ans ou plus, une invalidité est grave si elle rend cette personne régulièrement incapable d'exercer l'occupation habituelle rémunérée qu'elle détient au moment où elle cesse de travailler en raison de son état de santé.
- Une invalidité est prolongée si elle doit vraisemblablement entraîner le décès ou durer indéfiniment.

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 médical 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.

## Besoin d'aide?

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 rente d'invalidité. Si vous ne l'avez pas reçu, consultez-le sur notre site au [www.rrq.gouv.qc.ca](http://www.rrq.gouv.qc.ca) ou téléphonez à la Régie au numéro 418 657-8709, poste 3252.

**Si vous avez des questions, communiquez avec un médecin de la Régie à l'un des numéros suivants :**

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 Web et peut être rempli à l'écran.

**Veillez remplir le formulaire et le retourner à :**

**Régie des rentes du Québec  
Case postale 5200  
Québec (Québec) G1K 7S9**



## RÉÉVALUATION

Écrire en lettres détachées

 Numéro d'assurance sociale du requérant\*
 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

### 1. Renseignements sur l'identité du requérant

|   |  |                                    |  |       |
|---|--|------------------------------------|--|-------|
| Sexe*<br><br><input type="checkbox"/> F<br><br><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*<br><small>année      mois      jour</small>            |  | Numéro d'assurance maladie*        |  |       |
| Adresse (numéro, rue, appartement)*                                       |  |                                    |  |       |
| Ville   |  | Province                           |  | Pays  |
| Code postal   |  |                                    |  |       |
| Téléphone*  |  |                                    |  |       |
| Au domicile <small>ind. rég.</small>                                      |  | Autre <small>ind. rég.</small>     |  | 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 à la section 10.



|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

## 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

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?

---



---



---

**Sans tenir compte de son âge et de sa scolarité**, 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? \_\_\_\_\_

