Certificat du médecin traitant
Invalidité à caractère psychologique

_____ _____
Nom de employé(e) McGill ID #

J'autorise la communication de tout renseignement à l'égard de cette réclamation à mon employeur et/ou son représentant.

_____ _____
Signature de l'employé(e) Date

Au médecin traitant,

À titre d'employé permanent de l'Université McGill, votre patient est éligible à recevoir son salaire régulier en cas d'invalidité de courte durée. L'Université McGill est l'administrateur du régime d'invalidité de courte durée. Prière de soumettre l'information médicale suivante afin que nous puissions étudier l'éligibilité de votre patient à l'assurance salaire.

DÉTAILS DE LA VISITE (à remplira f0.1 (pl)-5.Sm7 (t)--5.0Tf5 rIS

_____

les de la personnalité associés _____

- Maladies associées _____
- Stresseurs psychosociaux (Éléments déclencheurs) _____
- Niveau EGF _____

Symptômes :_____

Limitations fonctionnelles qui empêchant le patient de travailler : _____

_____

Traitements

Médication (et dose): _____

Référé à: ...psychiatre ...psychologue ... travailleur social ...PAE ...autre _____

Nom du spécialiste et fréquence des visites : _____

Évolution de la condition : ...État amélioré ...État régressé ...État stabilisé Pronostic : _____

Collaboration du patient au traitement: ...excellent ...moyenne ...médiocre

Date de la consultation _____ Date de la prochaine consultation _____

Retour au travail

Date de retour au travail prévu: _____

Un retour au travail progressif peut-être favorable pour votre patient. Veuillez noter que l'Université McGill s'engage à accommoder ses employés dans les situations le permettant.

Restrictions : _____

Horaire de retour au travail progressif : _____

_____

COORDONNÉES DU MÉDECIN

Nom _____ # Pratique_____

Signature _____ Date _____

Adresse, # téléphone, # télécopieur, ou estampe de la clinique

L'employé(e)a la responsabilité de faire compléter ce formulaire sans frais pour l'Université.