

# Rapport médical

## Avis à la requérante ou au requérant

Avant de remettre ce rapport au médecin, **remplissez les sections 1 « Raison de votre demande » et 2 « Renseignements sur l'identité de la requérante ou 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 seront nécessaires pour remplir le rapport.

## Avis au médecin

Une prestation 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.

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, bénéficiaire ou non de la rente de retraite du Régime, peut également avoir droit à la rente d'invalidité si son état de santé ne lui permet plus de faire son travail habituel. Elle doit toutefois avoir quitté ce travail, ou réduit son temps de travail, en raison de son invalidité. Elle doit aussi 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 d'invalidité du Régime de rentes du Québec, car leurs critères peuvent être différents.

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 d'invalidité.

Les renseignements que vous fournirez dans ce rapport permettront à notre médecin évaluateur de juger si la requérante ou 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 à la requérante ou au requérant.

### Renseignements supplémentaires

Pour vous aider à rédiger le rapport médical, vous pouvez consulter l'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 d'invalidité. Si vous ne l'avez pas reçu, vous pouvez le consulter sur notre site.

**Si vous avez des questions, communiquez avec l'un de nos médecins aux 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 à [retraitequebec.gouv.qc.ca](http://retraitequebec.gouv.qc.ca) et peut être rempli à l'écran.

Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à [retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre](http://retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre).

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous envoyer vos documents à l'adresse suivante :

Retraite Québec, case postale 5200, Québec (Québec) G1K 7S9




**1. Raison de votre demande**

Pour quelle raison souhaitez-vous utiliser ce formulaire?

- Nouvelle demande de rente d'invalidité  
 Réévaluation médicale

Écrire en lettres détachées

Numéro d'assurance sociale de la requérante ou du requérant

**2. Renseignements sur l'identité de la requérante ou 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 année    mois    jour		Numéro d'assurance maladie		
Adresse (numéro, rue, appartement)				
Ville		Province	Pays	Code postal
Téléphone				
Au domicile		Autre	Poste	

**3. Antécédents médicaux et anamnèse**

Depuis quand la personne nommée à la section 2 est-elle votre patiente?

---

Énumérez ses 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.



--	--	--

### 7. Diagnostic et pronostic

Diagnostic	Pronostic

### 8. Traitement

La personne prend-elle des médicaments actuellement?  Non  Oui. Indiquez la dose et la fréquence.

---



---

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

---



---

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

---



---

### 9. Capacité de travail

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

La personne est-elle apte à conduire un véhicule automobile?  Non  Oui

Lui avez-vous recommandé de cesser de travailler ou de réduire son temps de travail?

Non  Oui. Pour quelle raison et quelle durée?

---



---

Si la personne a cessé son **travail habituel**, peut-elle le reprendre ou le pourra-t-elle **éventuellement**?

Oui  Non. Pourquoi?

---



---

Si elle a réduit son temps de travail, **cette réduction** peut-elle prendre fin ou le pourra-t-elle **éventuellement**?

Oui  Non. Pourquoi?

---



---

--	--	--

### 9. Capacité de travail (suite)

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

---



---



---

Le cas échéant, depuis quand son état physique ou mental l'empêche-t-elle de travailler? \_\_\_\_\_

### 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 de la requérante ou du requérant.

### 11. Autres considérations

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

---



---

À quel moment cette personne pourra-t-elle 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>						
<input type="checkbox"/> Omnipraticienne ou omnipraticien <input type="checkbox"/> Spécialiste. Précisez : _____								
Je déclare que les renseignements fournis dans ce rapport sont complets et exacts et que l'état de la patiente ou du patient est tel que je l'ai constaté au moment de mon examen clinique.								
Signature du médecin _____	Date <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;"><small>année</small></td><td style="width: 20px; text-align: center;"><small>mois</small></td><td style="width: 20px; text-align: center;"><small>jour</small></td></tr><tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr></table>		<small>année</small>	<small>mois</small>	<small>jour</small>			
<small>année</small>	<small>mois</small>	<small>jour</small>						

**Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à [retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre](http://retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre).**

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous envoyer vos documents à l'adresse suivante :

Retraite Québec, case postale 5200, Québec (Québec) G1K 7S9