

Note

Le formulaire *Certificat médical* concerne les prestataires. Il permet à une personne qui exerce la profession

- de **médecin**, d'**infirmière praticienne spécialisée** ou de la **sage-femme** d'attester un **état de grossesse** et de confirmer la nécessité du transport médical relativement à un suivi prénatal ou postnatal;
- de **médecin**, de **dentiste** ou d'**infirmière praticienne spécialisée** de faire une demande de prestations spéciales à caractère médical.

Afin de permettre une analyse éclairée du certificat médical, il est important de remplir intégralement le formulaire et de donner des réponses précises et complètes. Dans le cas où une question n'est pas pertinente à la situation de la personne qui vous consulte, veuillez éviter de la laisser en blanc et y inscrire plutôt un trait ou S. O. (sans objet). Merci de votre collaboration.

Section 1 – RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DE LA OU DU PRESTATAIRE

Nom de famille et prénom

Numéro d'assurance maladie

Section 2 – AUTORISATION DE LA OU DU PRESTATAIRE

Par la présente, j'autorise la professionnelle ou le professionnel de la santé consulté à fournir au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale tout renseignement concernant mon état de santé physique ou mental, actuel ou antérieur.

Année Mois Jour
Date Signature de la ou du prestataire

Section 2 - AUTHORIZATION OF THE RECIPIENT

I hereby authorize the physician, midwife or dentist to provide the Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale with any information regarding my current or past state of physical or mental health.

Year Month Day
Date Signature of the recipient

Section 3 – GROSSESSE (Remplir cette section.)

Nombre actuel de semaines : Date prévue de l'accouchement : Année Mois Jour

Remarques : _____

Section 4 – BESOINS À CARACTÈRE MÉDICAL

En vertu de la loi et du règlement, une personne prestataire peut demander au Ministère de lui accorder une prestation spéciale pour satisfaire certains besoins à caractère médical dans le but de préserver sa santé. Dans ce contexte, veuillez indiquer le ou les besoins qu'il est nécessaire de satisfaire et cocher la ou les cases correspondantes :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun besoin à caractère médical à satisfaire | <input type="checkbox"/> Prothèses, orthèses ou accessoires divers (précisez le type, la quantité nécessaire et la durée, s'il y a lieu) |
| <input type="checkbox"/> Préparations lactées à base de protéine de soja ou sans lactose (enfant âgé de 9 à 12 mois) | <input type="checkbox"/> Installation à domicile d'un appareil d'hémodialyse |
| <input type="checkbox"/> Diète pour diabète | <input type="checkbox"/> Hémodialyse |
| <input type="checkbox"/> Oxygène (précisez la durée) | <input type="checkbox"/> Chaussures orthopédiques ou orthèses plantaires (précisez le type de chaussures ou de correctifs nécessaires) |
| <input type="checkbox"/> Déménagement pour des raisons de santé (précisez la raison médicale du déménagement) | <input type="checkbox"/> Autres besoins à caractère médical (précisez le besoin) |

Précisez le diagnostic, la raison médicale, le traitement, le type, la nature, la durée, la fréquence, etc.

Section 5 – TRANSPORTS MÉDICAUX

En vertu de la loi et du règlement, une personne prestataire peut demander au Ministère de lui accorder une prestation spéciale pour payer le coût des transports médicaux. Dans ce contexte, veuillez répondre à chacune des questions suivantes.

- Besoin de transport pour un suivi ou pour un traitement médical ou dentaire.
 Oui Non Précisez la raison médicale, la fréquence, la durée, etc. : _____
- Besoin de transport pour participer à des activités à des fins thérapeutiques.
 Oui Non **Si oui**, précisez ci-dessous le diagnostic, la raison médicale, l'activité, l'endroit, la fréquence, etc. Recommandé pour une période de _____ mois.

– En raison de son état de santé, cette personne peut-elle utiliser son véhicule personnel ou le transport en commun?

Oui Non **Si non**, précisez la raison et le moyen de transport requis : _____

– Recours à un accompagnement lors d'un transport médical.

Oui Non Précisez : _____

Section 6 – RENSEIGNEMENTS SUR LA PROFESSIONNELLE OU LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ET SIGNATURENom de famille et prénom
(en caractères d'imprimerie)

Numéro de permis d'exercice

Téléphones

Cabinet :

Hôpital :

Téléavertisseur :

Date Année-Mois-Jour

Signature