

Ce rapport doit être retourné au centre local d'emploi ou à un bureau de Services Québec dans les plus brefs délais.

Utilisez un stylo à bille et APPUYEZ FORTEMENT.

Note importante au médecin traitant : La personne qui vous remet le présent formulaire considère qu'elle présente des limitations fonctionnelles soit temporaires, soit permanentes. **Le traitement équitable de son dossier dépend de la qualité de l'information que vous y inscrirez.** Pour obtenir plus d'explications sur le présent formulaire, veuillez communiquer avec le Service de l'évaluation médicale et socioprofessionnelle du Ministère en composant le : 418 644-1075 ou le 1 800 355-6557.

Une traduction de courtoisie est offerte en ligne à l'adresse www.mtess.gouv.qc.ca.

Note - La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

Centre local d'emploi ou bureau de Services Québec

Numéro de dossier au Ministère

Secteur

Identification et autorisation du patient

Identification and authorization of patient

Nom de famille et prénom

Numéro d'assurance-maladie

Par la présente, j'autorise le médecin à fournir au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale toute information concernant mon état de santé physique ou mental actuel ou antérieur.

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

Date Signature du patient

Date Signature of patient

Condition actuelle du patient

Diagnostic principal (en caractères d'imprimerie)

Date de début ou CIM9

Limitations fonctionnelles : (Veuillez cocher s.v.p.)

Aucune

Temporaires

Permanentes ou prolongées (au moins 12 mois)

Complétez la **partie A** seulement

Complétez les **parties A et B**

A Veuillez indiquer les troubles et les limitations fonctionnelles qui subsistent actuellement. Utilisez, au besoin, les codes au verso.

Codes par ordre d'importance

Important : Le diagnostic posé et les limitations qui en découlent permettent-ils quand même à cette personne de développer actuellement ses habiletés de travail? Avant de répondre à cette question, veuillez consulter les explications au verso.

Si restriction, précisez :

Pour quelle durée?

Oui

Non

mois

B Autres diagnostics, s'il y a lieu

Date de début ou CIM9

Gravité de l'état : léger modéré sévère

Poids :

Taille :

En cas d'hypertension : T. A. :

Stade d'évolution : aigu chronique stable en convalescence rémission

Pronostic : bon irréversible autre, précisez :

Antécédents personnels pertinents, Maladie(s) ou problème(s)

S.O.

Rapports pertinents d'exams ou de consultations, ex. : laboratoire, radiologie (fournissez une copie.)

S.O.

Traitement en cours ou envisagé, Médication

S.O.

Autres traitements (chirurgie, chimiothérapie, physiothérapie, psychothérapie, etc.)

S.O.

En cas de traumatisme ou de chirurgie, date de l'évènement

Année Mois Jour

Besoins à caractère médical

En vertu de la loi et du règlement, un prestataire peut demander que le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale lui accorde une prestation spéciale pour satisfaire certains besoins à caractère médical ayant pour but de préserver sa santé.

Veuillez indiquer ci-dessous, à l'aide de la liste fournie au verso, le ou les codes correspondant aux besoins à satisfaire.

Aucun besoin à caractère médical à satisfaire Code Code Code Code Autre, précisez :

Commentaires supplémentaires (Si l'espace est insuffisant, veuillez annexer une note.)

Note annexée Oui Non

Identification et signature du médecin

Nom de famille et prénom (en caractères d'imprimerie)

Numéro du permis d'exercice

Adresse

Numéros de téléphone

Ind. rég.

Numéros

cabinet

hôpital

téléavertisseur

télécopieur

Considérez-vous important que le médecin du Ministère communique avec vous? Oui Non

Êtes-vous le médecin traitant de ce patient? Oui Non

Si oui, depuis quand?

Année Mois

Spécialité

Date

Signature du médecin

TROUBLES ET LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Code			
	Mobilité	Élimination	
11....	A besoin d'une aide pour sortir	51....	Incontinence urinaire
12....	Ne peut marcher	52....	Incontinence intestinale
13....	Se déplace en fauteuil roulant		Comportement
14....	Ne peut monter un escalier	61....	Agressivité
15....	Ne peut utiliser le transport en commun	62....	Violence
16....	N'a pas d'endurance à la marche	63....	Isolement
17....	A des problèmes de coordination		Fonctions mentales affectives
18....	A des problèmes d'équilibre	71....	Limitations fonctionnelles légères liées à la dépression
	Tolérance à l'effort	72....	Limitations fonctionnelles sévères liées à la dépression
21....	Ne peut forcer	73....	Limitations fonctionnelles légères liées à l'anxiété
22....	N'a pas de tolérance à l'effort	74....	Limitations fonctionnelles sévères liées à l'anxiété
23....	Ne peut soulever d'objets lourds	75....	Ne peut contrôler ses émotions
	Activités reliées à la vie quotidienne	76....	Indifférence
31....	Ne peut manger seul		Fonctions mentales cognitives
32....	Ne peut se vêtir seul	81....	Troubles de l'orientation
33....	Ne peut se laver seul	82....	Troubles de la mémoire
34....	Ne peut demeurer seul	83....	Troubles de la concentration
35....	Ne peut administrer ses biens	84....	Troubles de la compréhension
36....	Ne peut utiliser ses mains de façon prolongée	85....	Hallucinations
37....	Ne peut utiliser ses pieds de façon prolongée	86....	Délire
	Capacité de communication		
41....	A des troubles visuels non corrigibles		
42....	A des troubles auditifs non corrigibles		
43....	A des troubles de la parole		

EXPLICATIONS SUR LA QUESTION DE LA PARTIE A

Pour lui permettre de développer ses habiletés de travail, des mesures et des services d'aide à l'emploi sont offerts au prestataire. Ceux-ci peuvent prendre différentes formes, selon la situation du prestataire. Par exemple :

- **Alphabétisation** : développement des compétences liées à la lecture, à l'écriture, à l'arithmétique : généralement au moins 25 heures par semaine d'enseignement, plus le temps requis pour les travaux et l'étude.
- **Formation générale ou professionnelle au secondaire** : 30 heures par semaine d'enseignement, plus le temps requis pour les travaux et l'étude.
- **Formation technique** : 25 séances d'enseignement de 50 minutes chacune, plus le temps requis pour les travaux et l'étude.
- **Projet de préparation à l'emploi** : mise en œuvre de plans d'intervention favorisant le développement de compétences personnelles liées à l'insertion socioprofessionnelle : un minimum de 20 heures par semaine de présence.
- **Services d'aide à l'emploi** : détermination des besoins en matière d'emploi, recherche d'emploi et placement (orientation, accompagnement, méthode de recherche d'emploi, préparation de CV, etc.) : quelques heures par semaine pendant une ou plusieurs semaines selon le service.

BESOINS À CARACTÈRE MÉDICAL

A	Chaussures orthopédiques ou orthèses plantaires (Précisez le type de chaussures ou de correctifs nécessaires.)	H	Transport pour suivre des traitements médicaux ou dentaires (Précisez la raison médicale et la fréquence.)
B	Prothèses, orthèses ou accessoires (divers) (Précisez le type, la quantité nécessaire et la durée, s'il y a lieu.)	I	Besoin d'un service de garde pour un ou des enfants afin de permettre la participation du conjoint de votre patient à une mesure d'aide à l'emploi offerte par Emploi-Québec. Précisez la raison médicale de l'incapacité à assurer la garde de ses enfants.
C	Diète pour diabète	J	Recours à une escorte lors d'un transport médical
D	Installation à domicile d'un appareil d'hémodialyse	K	Transport pour participer à des activités à des fins thérapeutiques (Précisez la raison médicale, l'activité, l'endroit et la fréquence.)
E	Hémodialyse	L	Hébergement dans un centre offrant des services en toxicomanie
F	Oxygène (Précisez la durée.)		
G	Déménagement pour des raisons de santé (Précisez la raison médicale du déménagement.)		