

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](http://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

Condition actuelle du patient

Diagnostic principal (en caractères d'imprimerie)

Date de début

Limitations fonctionnelles :  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 :  Oui  Non

Pour quelle durée? mois

**B** Autres diagnostics, s'il y a lieu

Gravité de l'état :  léger  modéré  sévère

Poids : Taille :

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

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       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)

Adresse

Numéro du permis d'exercice

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		Élimination
	<b>Mobilité</b>	<b>51....</b> Incontinence urinaire
<b>11....</b>	A besoin d'une aide pour sortir	<b>52....</b> Incontinence intestinale
<b>12....</b>	Ne peut marcher	
<b>13....</b>	Se déplace en fauteuil roulant	<b>Comportement</b>
<b>14....</b>	Ne peut monter un escalier	<b>61....</b> Agressivité
<b>15....</b>	Ne peut utiliser le transport en commun	<b>62....</b> Violence
<b>16....</b>	N'a pas d'endurance à la marche	<b>63....</b> Isolement
<b>17....</b>	A des problèmes de coordination	
<b>18....</b>	A des problèmes d'équilibre	<b>Fonctions mentales affectives</b>
	<b>Tolérance à l'effort</b>	<b>71....</b> Limitations fonctionnelles légères liées à la dépression
<b>21....</b>	Ne peut forcer	<b>72....</b> Limitations fonctionnelles sévères liées à la dépression
<b>22....</b>	N'a pas de tolérance à l'effort	<b>73....</b> Limitations fonctionnelles légères liées à l'anxiété
<b>23....</b>	Ne peut soulever d'objets lourds	<b>74....</b> Limitations fonctionnelles sévères liées à l'anxiété
	<b>Activités reliées à la vie quotidienne</b>	<b>75....</b> Ne peut contrôler ses émotions
<b>31....</b>	Ne peut manger seul	<b>76....</b> Indifférence
<b>32....</b>	Ne peut se vêtir seul	
<b>33....</b>	Ne peut se laver seul	<b>Fonctions mentales cognitives</b>
<b>34....</b>	Ne peut demeurer seul	<b>81....</b> Troubles de l'orientation
<b>35....</b>	Ne peut administrer ses biens	<b>82....</b> Troubles de la mémoire
<b>36....</b>	Ne peut utiliser ses mains de façon prolongée	<b>83....</b> Troubles de la concentration
<b>37....</b>	Ne peut utiliser ses pieds de façon prolongée	<b>84....</b> Troubles de la compréhension
	<b>Capacité de communication</b>	<b>85....</b> Hallucinations
<b>41....</b>	A des troubles visuels non corrigibles	<b>86....</b> Délire
<b>42....</b>	A des troubles auditifs non corrigibles	
<b>43....</b>	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.)	I	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.)	J	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	Besoins inhérents à une urostomie, iléostomie ou colostomie temporaire	K	Recours à une escorte lors d'un transport médical
D	Diète pour diabète	L	Transport pour participer à des activités à des fins thérapeutiques (Précisez la raison médicale, l'activité, l'endroit et la fréquence.)
E	Installation à domicile d'un appareil d'hémodialyse	M	Hébergement dans un centre offrant des services en toxicomanie
F	Hémodialyse		
G	Oxygène (Précisez la durée.)		
H	Déménagement pour des raisons de santé (Précisez la raison médicale du déménagement.)		