

Numéro de dossier (CP-12)
---------------------------

**Note**

Le **CERTIFICAT MÉDICAL** (SR-0040) concernant les prestataires permet :

- au **médecin** ou à la **sage-femme** d'attester un **état de grossesse** et confirmer la nécessité des transports médicaux liés au suivi prénatal et postnatal.
- au **médecin** ou au **dentiste** 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 du patient, veuillez éviter de la laisser en blanc et y inscrire plutôt un trait ou S. O. (sans objet). Merci de votre collaboration.

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

**Section 1 – RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU PRESTATAIRE**

Nom de famille et prénom	Numéro d'assurance maladie
--------------------------	----------------------------

**Section 2 – AUTORISATION DU PRESTATAIRE**

Par la présente, j'autorise le médecin, la sage-femme ou le dentiste à fournir au ministère 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 du prestataire		

**Section 2 - AUTHORIZATION OF THE RECIPIENT**

I hereby authorize the physician, midwife or dentist to provide the Ministère 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, un 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 identifier le ou les besoins qu'il est nécessaire de satisfaire et cocher la ou les cases correspondantes :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Aucun besoin à caractère médical à satisfaire</b>  | <input type="checkbox"/> Besoin inhérent à une urostomie, iléostomie ou colostomie temporaire                        |
| <input type="checkbox"/> Chaussures orthopédiques ou orthèses plantaires (précisez le type de chaussures ou de correctifs nécessaires)   | <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"/> Préparations lactées à base de protéine de soja ou sans lactose (enfant âgé de 9 à 12 mois) |
| <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)                                     |
| <input type="checkbox"/> Prothèses, orthèses ou accessoires divers (précisez le type, la quantité nécessaire et la durée, s'il y a lieu) |  |

Précisez la raison médicale ou, selon le cas, le traitement, le type, la nature, la durée, la fréquence, etc.

---



---



---



---

**Section 5 – TRANSPORTS MÉDICAUX**

En vertu de la loi et du règlement, un prestataire peut demander au Ministère de lui accorder une prestation spéciale pour payer le coût de transport 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 la raison médicale, l'activité, l'endroit, la fréquence : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Recommandée 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 accompagnateur lors d'un transport médical.  
 Oui  Non Précisez : \_\_\_\_\_

**Section 6 – RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ ET SIGNATURE DU MÉDECIN, DE LA SAGE-FEMME OU DU DENTISTE**

Nom de famille et prénom <i>(en caractères d'imprimerie)</i>	Numéro de permis d'exercice
Téléphones	Cabinet : _____ Hôpital : _____ Téléavertisseur : _____
Date	Signature