

**Assurance  
invalidité de  
longue durée**

*Déclaration du salarié*

***La Great-West***

*Nous sommes votre solution en avantages sociaux*



## Déclaration du salarié Assurance invalidité de longue durée

Le présent guide explique comment présenter une demande de prestations d'invalidité de longue durée. Il comprend le formulaire que vous devez remplir pour aviser la Great-West du sinistre survenu et décrit les étapes qui suivront la réception de la déclaration de sinistre.

Votre employeur vous indiquera quel bureau de gestion de l'assurance invalidité de la Great-West évaluera votre demande. Vous devez faire parvenir le formulaire de déclaration de sinistre et toute autre correspondance à votre employeur ou au bureau en question.

Pour toute question sur votre demande de règlement, n'hésitez pas à communiquer avec l'un des représentants de votre bureau de gestion de l'assurance invalidité de la Great-West.

### Déclaration de sinistre, autorisation et déclaration du médecin traitant

Pour amorcer le processus de soumission de la demande de règlement, remplissez d'abord la déclaration de sinistre et le formulaire d'autorisation inclus dans le présent guide. De plus, veuillez demander à votre médecin de remplir la déclaration du médecin traitant. Ces formulaires doivent être soumis **au moins huit semaines** avant la fin de la période d'attente. **Le versement des prestations pourrait être retardé si ces formulaires nous parvenaient moins de huit semaines avant la fin de la période d'attente.**

#### 1. Déclaration de sinistre

La déclaration de sinistre comporte des questions générales sur vous-même, votre emploi et la nature de votre invalidité pour les besoins d'évaluation de votre demande de règlement. Veuillez répondre à toutes les questions en prenant soin d'indiquer votre **numéro de police collective**.

#### 2. Formulaire d'autorisation

Nous avons besoin de votre autorisation pour obtenir les renseignements qui nous aideront à évaluer votre demande de règlement. En signant le formulaire d'autorisation, vous autorisez la Great-West à demander ces renseignements à votre médecin, à votre employeur, à d'autres assureurs et aux hôpitaux où vous avez reçu un traitement.

#### 3. Déclaration du médecin traitant

Demandez à votre médecin de remplir le formulaire qui correspond à votre état de santé. Si vous vous êtes soumis à des examens ou si vous avez consulté des spécialistes, veuillez vous assurer que votre médecin fournit les copies des résultats et des rapports.

#### Entretien téléphonique

Au début du processus d'évaluation détaillée, un représentant de la Great-West pourrait vous téléphoner pour obtenir des renseignements sur votre emploi, vos études, vos antécédents professionnels, vos antécédents médicaux et votre invalidité actuelle. Vous pourriez aussi devoir fournir des renseignements sur vos autres sources de revenu, car nous devons peut-être en tenir compte dans le calcul des prestations.

Si il n'est pas possible d'effectuer un entretien téléphonique en raison de problèmes médicaux ou d'une question de langue, nous procéderons autrement. Si nous recueillons suffisamment de renseignements au moyen des formulaires, l'entretien téléphonique pourrait se révéler superflu.

#### Déclaration relative au revenu

Vous recevrez un formulaire vous demandant de signer une déclaration relative aux autres sources de revenu auxquelles vous pouvez avoir droit.

Après avoir signé la déclaration relative au revenu, veuillez la retourner à la Great-West. L'étape de la présentation de votre demande de règlement sera alors terminée.

#### Déclaration de l'employeur

Lorsque votre employeur vous remet la présente brochure, il fait parvenir une déclaration de l'employeur à la Great-West. Cette déclaration confirme la date de prise d'effet de votre assurance, la nature de votre emploi, vos gains mensuels et d'autres renseignements nécessaires à l'évaluation de votre demande de règlement.

## Renseignements médicaux

C'est à vous qu'il incombe de fournir les preuves médicales de votre admissibilité aux prestations d'invalidité, y compris les rapports médicaux. Cependant, afin de vous simplifier la tâche et d'éviter les retards, la Great-West vous fournira les questionnaires médicaux nécessaires que votre médecin doit remplir.

Si des renseignements médicaux supplémentaires s'avèrent nécessaires, la Great-West mettra tout en œuvre pour les obtenir sans tarder. Vous serez avisé si nous ne recevons pas de réponse de votre médecin au cours des quatre semaines suivant l'envoi de la demande de renseignements. Vous devrez également communiquer avec votre médecin afin de vous assurer qu'il fournit en temps voulu les questionnaires dûment remplis.

Il se pourrait que votre médecin exige des honoraires pour la production de rapports médicaux relatifs à votre demande (y compris la déclaration ci-jointe). En pareil cas, il vous reviendra de payer ces frais. Toutefois, lorsque la Great-West s'adresse directement au médecin pour obtenir des renseignements médicaux, elle lui verse des frais de correspondance à titre de courtoisie.

## Évaluation de la demande

Lorsque nous aurons reçu la déclaration de l'employeur, le formulaire Déclaration portant sur le revenu dûment signé et les rapports médicaux, votre demande sera soigneusement évaluée, dans les plus brefs délais, par un gestionnaire en règlements.

## Approbation des prestations

Si votre demande de prestations est acceptée conformément aux dispositions de votre régime collectif d'assurance invalidité, la Great-West vous fera parvenir un sommaire des prestations accordées et de toute prestation supplémentaire à laquelle vous pourriez avoir droit. Vous recevrez également des explications sur toute restriction applicable, le cas échéant.

Votre premier chèque de prestations sera établi à l'une des dates suivantes, en prenant celle des deux qui est postérieure à l'autre :

1. la date qui tombe un mois après la fin de votre période d'attente; et
2. la date à laquelle l'évaluation initiale de la demande de règlement est terminée.

## AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT

Si votre demande est acceptée, vos prestations peuvent être déposées automatiquement dans votre compte bancaire au moyen du Transfert électronique de fonds (TEF) de la Great-West. **Tous les versements de prestations prévus aux termes d'une même police seront déposés dans le même compte bancaire.**

Si vous voulez profiter de ce service, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.

- Compte d'épargne seulement (veuillez vous assurer de l'exactitude du numéro d'identification auprès de votre banque)
- Compte de chèques (veuillez joindre une formule de chèque portant la mention « NUL »)

### VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

NOM DE LA BANQUE, SOCIÉTÉ DE FIDUCIE, CAISSE POPULAIRE, ETC.	N° DE DOMICILIATION	N° DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE	N° DE COMPTE
ADRESSE DE LA SUCCURSALE	NOM DU DÉTENTEUR DU COMPTE		
VILLE ET PROVINCE	CODE POSTAL		

À NOTER : POUR ÉTABLISSEMENTS AU CANADA SEULEMENT

SIGNATURE DU SALARIÉ

DATE

## DÉCLARATION DE SINISTRE

### Identification

1.  M.  Mme

Prénom \_\_\_\_\_ Initiale du second prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse : Numéro et rue \_\_\_\_\_

Case postale \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : Domicile \_\_\_\_\_ Bureau \_\_\_\_\_

2. Numéro d'identification du salarié à la G.-W. : \_\_\_\_\_

N'oubliez pas d'indiquer votre numéro d'identification. Si vous ne le connaissez pas, informez-vous auprès de votre employeur.

3. Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_

J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, seulement lorsque cela s'avère nécessaire pour l'administration de mes prestations.

Signature du salarié \_\_\_\_\_

4. Date de naissance : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

### Renseignements sur l'employeur

1. Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : Numéro et rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

2. Numéro de la police collective \_\_\_\_\_

N'oubliez pas d'indiquer le numéro de la police collective. Si vous ne le connaissez pas, informez-vous auprès de votre employeur.

### Entretien téléphonique

1. Indiquez les dates et les heures qui vous conviendraient le mieux pour un entretien téléphonique. (Veuillez prendre note que l'entretien téléphonique pourrait ne pas être nécessaire.)

\_\_\_\_\_

2. S'il vous est impossible de participer à un entretien téléphonique, veuillez en préciser les raisons.

\_\_\_\_\_

3. Dans quelle langue officielle souhaitez-vous que l'on communique avec vous?  Français  Anglais

### Renseignements sur la demande de règlement

1. Quelle est la nature de votre affection? \_\_\_\_\_

2. Si l'invalidité est attribuable à un accident, donnez la date à laquelle l'accident est survenu :

Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Indiquez le lieu et les circonstances de l'accident. \_\_\_\_\_

L'accident est-il lié au travail?  Oui  Non

3. Depuis quelle date votre invalidité vous empêche-t-elle d'accomplir vos tâches habituelles de façon continue?

Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

4. Avez-vous effectué un **autre** travail depuis cette date?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Êtes-vous capable d'occuper tout autre emploi?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser. \_\_\_\_\_

6. Avez-vous déjà souffert de cette affection?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser. \_\_\_\_\_

### Traitement médical

1. Nom et adresse du médecin supervisant actuellement votre traitement.

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

2. Noms et adresses d'autres médecins vous ayant traité pour la même affection.

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Dates : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Dates : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

3. Avez-vous été hospitalisé? \_\_\_\_\_ Dans l'affirmative, veuillez remplir ce qui suit :

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Dates : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Dates : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### Autres revenus

1. Avez-vous demandé de recevoir ou recevez-vous l'un des revenus suivants?

J'ai  
demandé  
Oui Non

Je  
reçois  
Oui Non

Montant

Prestations du RPC/RRQ     \_\_\_\_\_ \$ par mois

Prestations de la CSST  
(ou d'un régime semblable)     \_\_\_\_\_ \$ par semaine

Prestations d'assurance-emploi     \_\_\_\_\_ \$ par semaine

Prestations d'assurance automobile     \_\_\_\_\_ \$ semaine / mois

Prestations d'une autre assurance invalidité     \_\_\_\_\_ \$ semaine / mois

Prestations d'un régime de retraite d'employeur/  
Revenu de pension     \_\_\_\_\_ \$ semaine / mois

Revenu d'un travail indépendant ou tout  
autre revenu d'emploi     \_\_\_\_\_ \$ semaine / mois

Tout autre revenu     \_\_\_\_\_ \$ semaine / mois

Pendant votre période d'indemnisation, vous êtes tenu d'aviser la Great-West de :

- tout travail, rémunéré ou non, que vous exercez;
- tout revenu d'emploi qui vous est versé à vous-même ou qui est versé à une autre personne ou à une tierce partie par suite de tout travail que vous exercez.

2. Détenez-vous une protection d'assurance invalidité individuelle, d'assurance créances ou d'assurance-vie auprès de la Great-West, de la Canada-Vie ou de la London Life?

Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer votre numéro de police : \_\_\_\_\_

**SI VOUS RECEVEZ ACTUELLEMENT L'UN DES REVENUS CI-DESSUS, VEUILLEZ FOURNIR DES COPIES DES RELEVÉS DE VOS PRESTATIONS INITIALES.**

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

### Protection de vos renseignements personnels

À La Great-West, compagnie d'assurance-vie (« la Great-West »), nous reconnaissons et nous respectons le droit des personnes au respect de leur vie privée. Les renseignements personnels vous concernant sont consignés dans un dossier confidentiel qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Ces renseignements peuvent être de nature médicale ou psychiatrique. Il arrive que la Great-West obtienne les services de tiers fournisseurs du Canada ou de l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels dans votre dossier aux membres du personnel de la Great-West ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Nous utilisons ces renseignements personnels afin d'administrer le régime ainsi que pour étudier et évaluer les demandes de règlement.

### Autorisations et déclarations

J'autorise :

- la Great-West, tout fournisseur de soins de santé ou de soins de réadaptation, l'administrateur du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements nécessaires et pertinents, au besoin, afin d'évaluer ma demande de règlement, d'administrer le régime collectif ou d'effectuer des évaluations indépendantes;
- la Great-West à échanger avec mon employeur, le répondant ou l'administrateur du régime des renseignements pertinents afin de discuter de réadaptation et de la planification de mon retour au travail;
- la Great-West à divulguer des renseignements à propos de ma demande de règlement à un vérificateur autorisé par mon employeur, le répondant du régime ou leur agent et la Great-West, en tout temps, afin d'assurer la vérification de l'évaluation des demandes de règlement.

Sauf à des fins de vérification, la présente autorisation demeurera valide tant que ma demande de règlement n'aura pas pris fin ou jusqu'à ce que je la révoque.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Je déclare que les renseignements contenus dans la présente déclaration du salarié et dans toute déclaration faite lors de toute rencontre personnelle ou par téléphone en ce qui concerne ma demande de règlement d'assurance invalidité sont véridiques et complets. J'accepte que toutes ces déclarations constituent la base de toute prestation approuvée par suite d'une demande de règlement.

\_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Téléphone

POUR NOUS PERMETTRE D'ÉVALUER LA DEMANDE DE VOTRE PATIENT, IL EST PRIMORDIAL QUE VOUS RÉPONDIEZ À **TOUTES** LES QUESTIONS **EN ENTIER**.

**Directives :**

1. Veuillez écrire en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**.
2. La partie 1 doit être remplie par le patient.
3. La partie 2 doit être remplie par le médecin.
4. Le patient assumera les frais exigés par le médecin pour remplir le présent formulaire.

NUMÉRO DU  
RÉGIME COLLECTIF \_\_\_\_\_

**Partie 1 : Autorisation du patient**

Nom (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Adresse : Numéro et rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise la divulgation par mon médecin à mon assureur de tout renseignement qu'il possède sur moi à l'égard de la présente demande de règlement, Y COMPRIS LES RAPPORTS DE CONSULTATION.

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Partie 2 : Déclaration du médecin traitant**

1. **Diagnostic** (y compris toute complication). Dans le cas de troubles mentaux, veuillez fournir le code DSM-IV.

Premier diagnostic : \_\_\_\_\_

Deuxième diagnostic : \_\_\_\_\_

Symptômes subjectifs (y compris la gravité, la fréquence et la durée) : \_\_\_\_\_

Constatations cliniques (veuillez joindre une copie des résultats des radiographies, des tracés des ECG et des examens de laboratoire) : \_\_\_\_\_

2. **Historique (veuillez joindre une copie de vos notes cliniques relativement à cette période d'invalidité)**

Date de l'apparition des symptômes ou date de l'accident : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

À partir de quelle date l'affection du patient a-t-elle commencé

à l'empêcher d'accomplir son travail? Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Votre patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection similaire?  Oui  Non  Ne sais pas

Dans l'affirmative, veuillez préciser le diagnostic et les dates de traitement : \_\_\_\_\_

L'affection est-elle attribuable à une blessure ou à une maladie découlant du travail du patient?  Oui  Non  Ne sais pas

Les formulaires de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ont-ils été remplis?  Oui  Non  Ne sais pas

Si la patiente est enceinte, veuillez indiquer la DPA. Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Donnez le nom et la spécialité des autres médecins traitants. (Veuillez joindre les copies de tous les rapports de consultation disponibles qui sont pertinents.) \_\_\_\_\_

Taille actuelle \_\_\_\_\_ Poids actuel \_\_\_\_\_ Perte ou gain de poids à ce jour \_\_\_\_\_

3. **Dates des traitements**

Date de la première consultation pour l'affection actuelle : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date de la dernière consultation : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Fréquence des consultations :  Hebdomadaire  Mensuelle  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Date d'admission à l'hôpital : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du congé : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du traitement à titre de patient externe : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

4. **Nature du traitement**

Médication (dose, fréquence et date des ordonnances) \_\_\_\_\_

Interventions chirurgicales (y compris les dates) \_\_\_\_\_

Autre (y compris la fréquence) \_\_\_\_\_

Est-ce que le patient suit le programme de traitement recommandé?  Oui  Non (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

5. **Progrès**

Évolution de l'état de santé du patient :  Guérison  Amélioration  
 Aucune amélioration  Détérioration

6. **Restrictions et limitations**

		Nombre d'heures d'affilée					Nombre total d'heures dans une journée				
		< 1	1 - 2	2 - 4	4 - 6	6 - 8	< 1	1 - 2	2 - 4	4 - 6	6 - 8
Se tenir debout	<input type="checkbox"/> Aucune limitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/> Aucune limitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher sur une surface inégale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir	<input type="checkbox"/> Aucune limitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduire un véhicule	<input type="checkbox"/> Aucune limitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce patient peut soulever ou porter des objets pesant au maximum	kg	0	5	9	14	18	23	27	32	36	41 et plus
	lb	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90 et plus
<input type="checkbox"/> Aucune limitation	<input type="checkbox"/> À répétition – Combien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> À l'occasion – Combien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez indiquer dans l'espace ci-dessous si le patient peut faire les activités suivantes :

**(Fréquemment (F), Occasionnellement (O) ou Pas du tout (P))**

Conduire un véhicule \_\_\_\_\_ Se pencher \_\_\_\_\_ S'asseoir sur ses talons \_\_\_\_\_ S'agenouiller \_\_\_\_\_

Grimper \_\_\_\_\_ Étendre les bras au-dessus des épaules \_\_\_\_\_ Étendre les bras au-dessous des épaules \_\_\_\_\_

7. **Troubles mentaux ou nerveux (le cas échéant)**

Historique : \_\_\_\_\_

Événements chronologiques déclenchants : \_\_\_\_\_

Des difficultés liées au travail participent-elles à l'affection de votre patient? \_\_\_\_\_

Dynamique actuelle probante \_\_\_\_\_

Changements dans les AVQ \_\_\_\_\_

Facteurs de risques familiaux \_\_\_\_\_

Progrès réalisé avec le programme de traitement \_\_\_\_\_

Est-ce que les symptômes que présente le patient sont attribuables à l'alcoolisme ou à la toxicomanie?  Oui  Non

Dans l'affirmative, est-ce que le patient suit un programme de traitement?  Oui  Non

Dans l'affirmative, donnez le nom de l'établissement. \_\_\_\_\_

Votre patient a-t-il déjà suivi un programme de prévention de la toxicomanie?  Oui  Non

Dans l'affirmative, indiquez la date. \_\_\_\_\_

Croyez-vous que le patient est en mesure d'endosser des chèques et de gérer l'utilisation des fonds?  Oui  Non

Dans la négative, depuis quand? Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Avez-vous signalé le cas au Curateur public?  Oui  Non

**8. Programmes de retour au travail**

Pronostic de guérison : \_\_\_\_\_

Date présumée à laquelle le patient peut reprendre son emploi : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Si la date n'est pas fixée, veuillez indiquer la prochaine date de suivi : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Si votre patient est dans l'impossibilité de réintégrer son emploi habituel, veuillez préciser quand et dans quelles circonstances il pourrait reprendre le travail (p. ex. retour à des tâches modifiées, retour au travail progressif). \_\_\_\_\_

Autres facteurs retardant le retour au travail : \_\_\_\_\_

**9. Réadaptation**

La participation du patient à un programme de réadaptation vous paraît-elle indiquée (p. ex. programme cardiopulmonaire, traitement orthophonique, etc.)?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Recommandez-vous un programme de réadaptation professionnelle?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**10. Observations**

Y a-t-il d'autres renseignements que vous aimeriez porter à notre connaissance et qui nous aideraient à mieux comprendre l'état de santé de votre patient ou ses besoins en matière de traitement?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Spécialité \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal) :

\_\_\_\_\_

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**CETTE DÉCLARATION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR VOTRE PSYCHIATRE**

POUR NOUS PERMETTRE D'ÉVALUER LA DEMANDE DE VOTRE PATIENT, IL EST PRIMORDIAL QUE VOUS RÉPONDIEZ À **TOUTES** LES QUESTIONS **EN ENTIER**.

**Directives :**

1. Veuillez écrire en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**.
2. La partie 1 doit être remplie par le patient.
3. La partie 2 doit être remplie par le médecin.
4. Le patient assumera les frais exigés par le médecin pour remplir le présent formulaire.

NUMÉRO DU  
RÉGIME COLLECTIF \_\_\_\_\_

**Partie 1 : Autorisation du patient**

Nom (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Adresse : Numéro et rue \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) : \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise la divulgation par mon médecin à mon assureur de tout renseignement qu'il possède sur moi à l'égard de la présente demande de règlement, Y COMPRIS LES RAPPORTS DE CONSULTATION.

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Partie 2 : Déclaration du psychiatre traitant**

**1. Diagnostic (veuillez utiliser les critères de la classification DSM-IV)**

**Confirmation du diagnostic**

Veuillez décrire les symptômes (gravité et fréquence) qui corroborent chaque axe de votre diagnostic.

Axe I \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Axe II \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Axe III \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Axe IV \_\_\_\_\_

Axe V Score EGF actuel \_\_\_\_\_

**Score EGF le plus élevé de l'année écoulée** \_\_\_\_\_

**Score EGF le plus bas de l'année écoulée** \_\_\_\_\_

**2. Historique (veuillez fournir des copies de toutes les notes cliniques et les rapports de consultation pertinents se trouvant au dossier)**

À partir de quelle date les symptômes ont-ils commencé à se manifester ou à empirer? Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

À partir de quelle date l'affection du patient a-t-elle commencé à l'empêcher d'accomplir son travail? Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du premier traitement ou de la première consultation : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Votre patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection similaire?  Oui  Non  Ne sais pas

Dans l'affirmative, donnez des précisions et indiquez les dates correspondantes : \_\_\_\_\_

Des difficultés liées au travail influencent-elles sur l'évolution de l'affection de votre patient ?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser. \_\_\_\_\_

Une demande de prestations a-t-elle été soumise à la Commission de la santé et de la sécurité du travail?  Oui  Non

Date de la dernière consultation : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Fréquence des consultations :  Hebdomadaire  Mensuelle  Autre \_\_\_\_\_

Est-ce que les symptômes que présente le patient sont attribuables à l'alcoolisme ou à la toxicomanie?  Oui  Non

Dans l'affirmative, votre patient suit-il un programme de prévention de la toxicomanie?  Oui  Non

Le cas échéant, donnez le nom de l'établissement. \_\_\_\_\_

Votre patient a-t-il déjà suivi un programme de prévention de la toxicomanie?  Oui  Non

Dans l'affirmative, indiquez la date. \_\_\_\_\_

### Traitement de problèmes psychiatriques ou psychologiques

Dates des traitements      Problème traité      Établissement ou fournisseur des soins (nom, adresse et spécialité)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Date d'admission à l'hôpital :      Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du congé :      Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du traitement à titre de patient externe :      Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

#### 3. Facteurs déclencheurs et facteurs de complication

Veuillez cocher tous les facteurs susceptibles d'avoir provoqué l'apparition des problèmes cliniques ou susceptibles de compliquer leur résolution.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problèmes liés au travail          | <input type="checkbox"/> Problèmes sociaux ou familiaux | <input type="checkbox"/> Affection physique ou problèmes mentaux |
| <input type="checkbox"/> Problèmes financiers ou juridiques | <input type="checkbox"/> Difficulté d'adaptation        | <input type="checkbox"/> Alcoolisme ou toxicomanie               |
| <input type="checkbox"/> Type de personnalité ou motivation | <input type="checkbox"/> Autres problèmes               |  |

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4. Traitement actuel

Thématique de la thérapie : \_\_\_\_\_

Objectif de la thérapie : \_\_\_\_\_

Fréquence et durée des séances de thérapie ou de consultation : \_\_\_\_\_

Nombre de séances de thérapie ou de consultation à ce jour : \_\_\_\_\_

Observation du traitement : \_\_\_\_\_

Réaction du patient au traitement à ce jour : \_\_\_\_\_

Pronostic et durée prévue de l'affection : \_\_\_\_\_

Médication : Nom du médicament				
Début de la prise (année / mois / jour)				
Posologie initiale				
Réaction initiale				
Dernière modification de la posologie (année / mois / jour)				
Posologie actuelle				
Réaction				
Effets secondaires				
Observation de la médication				
Fin du traitement (année / mois / jour)				

#### Plan de traitement futur

Quelle modification envisagez-vous ou êtes-vous en voie d'apporter au plan de traitement actuel? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. **Programmes de retour au travail**

Pronostic de guérison : \_\_\_\_\_

Date présumée à laquelle le patient peut reprendre son emploi : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Si la date n'est pas fixée, veuillez indiquer la prochaine date de suivi : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Si votre patient est dans l'impossibilité de réintégrer son emploi habituel, veuillez préciser quand et dans quelles circonstances il pourrait reprendre le travail (p. ex. retour à des tâches modifiées, retour au travail progressif). \_\_\_\_\_

Recommandez-vous un programme de réadaptation professionnelle?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Quand et dans quelles circonstances le patient pourrait-il faire un **autre** travail (p. ex. retour à des tâches modifiées, retour au travail progressif)? \_\_\_\_\_

6. **Habilité**

Croyez-vous que le patient est en mesure d'endosser des chèques et de gérer l'utilisation des fonds?  Oui  Non

Dans la négative, depuis quand? Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Avez-vous signalé le cas au Curateur public?  Oui  Non

7. **Observations**

Y a-t-il d'autres renseignements que vous aimeriez porter à notre connaissance et qui nous aideraient à mieux comprendre l'état de santé de votre patient ou ses besoins en matière de traitement?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Spécialité \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal) :

\_\_\_\_\_

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

POUR NOUS PERMETTRE D'ÉVALUER LA DEMANDE DE VOTRE PATIENT, IL EST PRIMORDIAL QUE VOUS RÉPONDIEZ À **TOUTES** LES QUESTIONS **EN ENTIER**.

**Directives :**

1. Veuillez écrire en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**.
  2. La partie 1 doit être remplie par le patient.
  3. La partie 2 doit être remplie par le médecin.
  4. Le patient assumera les frais exigés par le médecin pour remplir le présent formulaire.
- NUMÉRO DU  
RÉGIME COLLECTIF \_\_\_\_\_

**Partie 1 : Autorisation du patient**

Nom (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Adresse : Numéro et rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise la divulgation par mon médecin à mon assureur de tout renseignement qu'il possède sur moi à l'égard de la présente demande de règlement, Y COMPRIS LES RAPPORTS DE CONSULTATION.

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Partie 2 : Déclaration du médecin traitant**

1. **Diagnostic (veuillez fournir des copies de toutes les notes cliniques, les résultats d'examens et les rapports de consultation pertinents)**

Premier diagnostic : \_\_\_\_\_

Deuxième diagnostic : \_\_\_\_\_

Date de l'apparition des symptômes : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

À partir de quelle date l'affection du patient a-t-elle commencé

à l'empêcher d'accomplir son travail? Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du premier traitement ou de la première consultation : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Votre patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection similaire?  Oui  Non  Ne sais pas

Dans l'affirmative, donnez les dates et précisez : \_\_\_\_\_

Cette affection est-elle liée à une blessure ou à un accident?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Taille actuelle \_\_\_\_\_ Poids actuel \_\_\_\_\_ Perte ou gain de poids à ce jour \_\_\_\_\_

Cette affection est-elle liée à une blessure ou à une maladie résultant de l'emploi qu'occupe votre patient?  Oui  Non  Ne sais pas

Dans l'affirmative, les formulaires de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ont-ils été remplis?  Oui  Non

Date de la dernière consultation : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Fréquence des consultations :  Hebdomadaire  Mensuelle  Autre \_\_\_\_\_

Date d'admission à l'hôpital : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du congé : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du traitement à titre de patient externe : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

Autres médecins traitants : \_\_\_\_\_

Références à des spécialistes en attente : \_\_\_\_\_

2. Veuillez présenter toutes les études objectives effectuées (radiographies, données d'examens de laboratoire, données tomodensitométriques, etc.) et **joignez une copie de chaque rapport**.

Date	Procédure	Résultats

3. Veuillez indiquer la nature et la gravité des symptômes et des signes liés à l'affection du patient.

	Veuillez décrire les constatations cliniques relatives à la partie du corps où la douleur est ressentie	Grave	Moyenne	Faible	Absente
Douleur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spasmes musculaires		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amyotrophie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diminution des réflexes ostéotendineux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte sensorielle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficiences motrices		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitations lors de l'élévation de la jambe tendue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitation des mouvements		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans le cas de troubles liés à l'arthrite :  En rémission  Douleur continue  Affection stable  
 Douleur saisonnière  Douleur intermittente  En progression

Dans le cas d'une fracture :  Fracture fermée  Fracture par enfoncement  Fracture ouverte  
 Fracture par tassement  Fracture comminutive

4. **Traitement**

Médication (dose, fréquence et date des ordonnances) : \_\_\_\_\_  
 Physiothérapie (nature, fréquence et dates correspondantes) : \_\_\_\_\_  
 Date de la dernière intervention chirurgicale : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Nature de l'intervention : \_\_\_\_\_  
 Date de la prochaine intervention : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Nature de l'intervention : \_\_\_\_\_  
 Autre : \_\_\_\_\_  
 Le patient observe-t-il le traitement prescrit?  Oui  Non Dans la négative, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

5. **Limitations et restrictions**

		Nombre d'heures d'affilée					Nombre total d'heures dans une journée				
		< 1	1 - 2	2 - 4	4 - 6	6 - 8	< 1	1 - 2	2 - 4	4 - 6	6 - 8
Se tenir debout	<input type="checkbox"/> Aucune limitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/> Aucune limitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher sur une surface inégale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir	<input type="checkbox"/> Aucune limitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduire un véhicule	<input type="checkbox"/> Aucune limitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce patient peut soulever ou porter des objets pesant au maximum	kg	0	5	9	14	18	23	27	32	36	41 et plus
	lb	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90 et plus
<input type="checkbox"/> Aucune limitation	<input type="checkbox"/> À répétition – Combien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> À l'occasion – Combien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez indiquer dans l'espace ci-dessous si le patient peut faire les activités suivantes :  
**(Fréquemment (F), Occasionnellement (O) ou Pas du tout (P))**

Conduire un véhicule \_\_\_\_\_ Se pencher \_\_\_\_\_ S'asseoir sur ses talons \_\_\_\_\_ S'agenouiller \_\_\_\_\_  
 Grimper \_\_\_\_\_ Étendre les bras au-dessus des épaules \_\_\_\_\_ Étendre les bras au-dessous des épaules \_\_\_\_\_

6. **Pronostic / Programmes de retour au travail :**

Pronostic de guérison : \_\_\_\_\_  
 Date présumée à laquelle le patient peut reprendre son emploi : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_  
 Si la date n'est pas fixée, veuillez indiquer la prochaine date de suivi : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_  
 Si votre patient est dans l'impossibilité de réintégrer son emploi habituel, veuillez préciser quand et dans quelles circonstances il pourrait reprendre le travail (p. ex. retour à des tâches modifiées, retour au travail progressif). \_\_\_\_\_

**L'évaluation et le traitement s'avèrent difficiles en raison :** (veuillez cocher et fournir des explications dans l'espace prévu à cet effet ci-dessous)

- de troubles affectifs ou de comportement graves, comme la dépression, l'anxiété, etc.
- de l'exagération des symptômes, de constatations cliniques incompatibles, de plaintes subjectives exagérées par rapport aux constatations objectives, d'observations bizarres ou contradictoires
- de problèmes liés au travail (veuillez les décrire s'ils vous sont connus) \_\_\_\_\_
- de problèmes de toxicomanie \_\_\_\_\_
- d'autres motifs (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**Réadaptation :**

La participation du patient à un programme de réadaptation vous paraît-elle indiquée?  Oui  Non

Recommandez-vous un programme de réadaptation professionnelle?  Oui  Non

Si « Oui » à l'une des deux questions précédentes, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**7. Observations**

Y a-t-il d'autres renseignements que vous aimeriez porter à notre connaissance et qui nous aideraient à mieux comprendre l'état de santé de votre patient ou ses besoins en matière de traitement?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Spécialité \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal) : \_\_\_\_\_

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**CETTE DÉCLARATION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR VOTRE CARDIOLOGUE**

POUR NOUS PERMETTRE D'ÉVALUER LA DEMANDE DE VOTRE PATIENT, IL EST PRIMORDIAL QUE VOUS RÉPONDIEZ À TOUTES LES QUESTIONS EN ENTIER.

**Directives :**

1. Veuillez écrire en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**.
2. La partie 1 doit être remplie par le patient.
3. La partie 2 doit être remplie par le médecin.
4. Le patient assumera les frais exigés par le médecin pour remplir le présent formulaire. NUMÉRO DU RÉGIME COLLECTIF \_\_\_\_\_

**Partie 1 : Autorisation du patient**

Nom (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Adresse : Numéro et rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) : \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise la divulgation par mon médecin à mon assureur de tout renseignement qu'il possède sur moi à l'égard de la présente demande de règlement, Y COMPRIS LES RAPPORTS DE CONSULTATION.

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Partie 2 : Déclaration du cardiologue traitant**

1. **Diagnostic** (veuillez fournir des copies de toutes les notes cliniques, les rapports d'examens et les rapports de consultation pertinents se trouvant au dossier)

Premier diagnostic : \_\_\_\_\_

Deuxième diagnostic : \_\_\_\_\_

Date de l'apparition des symptômes : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date de la première consultation : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

À partir de quelle date l'affection du patient a-t-elle commencé à l'empêcher d'accomplir son travail? Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date de la dernière consultation : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Fréquence des consultations :  Hebdomadaire  Mensuelle  Autre \_\_\_\_\_

Date d'admission à l'hôpital : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du congé : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du traitement à titre de patient externe : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

Symptômes subjectifs (y compris la gravité, la fréquence et la durée) : \_\_\_\_\_

2. **Constatations cliniques**

Douleurs thoraciques d'origine cardiaque  Syncope  Fatigue

Dyspnée attribuable à une congestion vasculaire ou à l'hypoxie  Troubles psychophysiologiques

Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Lectures de la tension artérielle au cours des six derniers mois (y compris les dates) \_\_\_\_\_

Taille actuelle \_\_\_\_\_ Poids actuel \_\_\_\_\_ Perte ou gain de poids à ce jour \_\_\_\_\_

État de santé actuel?  Stable  S'améliore  Se détériore

3. **Examens de laboratoire** (déjà faits ou prévus) - Veuillez inclure une copie des résultats d'examens pertinents.

ECG Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Échocardiogramme Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Scintigraphie au thallium à l'effort Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Examens fonctionnels respiratoires Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Examens sanguins Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Radiographies Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Angiographie Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

#### 4. Traitement

Médication (dose, fréquence et date des ordonnances) : \_\_\_\_\_

Autre traitement (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Date de la dernière intervention chirurgicale : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Nature de l'intervention : \_\_\_\_\_

Date de la prochaine intervention chirurgicale : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Nature de l'intervention : \_\_\_\_\_

Noms des autres médecins traitants : \_\_\_\_\_

Le patient observe-t-il le traitement prescrit?  Oui  Non Dans la négative, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

Votre patient a-t-il déjà suivi un programme de réadaptation cardiaque?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

#### 5. Restrictions et limitations

Capacité fonctionnelle (Société canadienne de cardiologie (SCC))

Niveau 1 (aucune)  Niveau 2 (limitations légères)  Niveau 3 (limitations modérées)  Niveau 4 (limitations graves)

	Poids	Fréquence	Durée	Quelles restrictions ou limitations précises avez-vous imposées à ce patient à l'égard des tâches liées à son emploi?
Soulever ou transporter	0,5 - 4,5 kg (1 - 10 lb) 5,0 - 9,1 kg (11 - 20 lb) 9,5 - 22,7 kg (21 - 50 lb)			
Pousser ou tirer	0,5 - 4,5 kg (1 - 10 lb) 5,0 - 9,1 kg (11 - 20 lb) 9,5 - 22,7 kg (21 - 50 lb)			Quelle est la portée de ces restrictions et limitations sur la capacité du patient d'accomplir les activités de la vie quotidienne?
Se tenir debout	_____ heures			
Marcher	_____ heures			
Le permis de conduire a-t-il été révoqué?				
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

#### 6. Programmes de retour au travail :

Pronostic de guérison : \_\_\_\_\_

Date présumée à laquelle le patient peut reprendre son emploi : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Si la date n'est pas fixée, veuillez indiquer la prochaine date de suivi : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Si votre patient est dans l'impossibilité de réintégrer son emploi habituel, veuillez préciser quand et dans quelles circonstances il pourrait reprendre le travail (p. ex. retour à des tâches modifiées, retour au travail progressif). \_\_\_\_\_

**L'évaluation et le traitement s'avèrent difficiles en raison :** (veuillez cocher et fournir des explications dans l'espace prévu à cet effet ci-dessous)

- de troubles affectifs ou de comportement graves, comme la dépression, l'anxiété, etc.
- de l'exagération des symptômes, de constatations cliniques incompatibles, de plaintes subjectives exagérées par rapport aux constatations objectives, d'observations bizarres ou contradictoires \_\_\_\_\_
- de problèmes liés au travail (veuillez les décrire s'ils vous sont connus) \_\_\_\_\_
- de problèmes de toxicomanie \_\_\_\_\_
- d'autres motifs (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

#### Réadaptation :

La participation du patient à un programme de réadaptation vous paraît-elle indiquée (p. ex. programme cardiopulmonaire, traitement orthophonique, etc.)?  Oui  Non

Recommandez-vous un programme de réadaptation professionnelle?  Oui  Non

Si « Oui » à l'une des deux questions précédentes, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**7. Observations**

Y a-t-il d'autres renseignements que vous aimeriez porter à notre connaissance et qui nous aideraient à mieux comprendre l'état de santé de votre patient ou ses besoins en matière de traitement?

---

---

---

---

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Spécialité \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal) :

---

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

POUR NOUS PERMETTRE D'ÉVALUER LA DEMANDE DE VOTRE PATIENT, IL EST PRIMORDIAL QUE VOUS RÉPONDIEZ À **TOUTES** LES QUESTIONS **EN ENTIER**.

**Directives :**

1. Veuillez écrire en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**.
2. La partie 1 doit être remplie par le patient.
3. La partie 2 doit être remplie par le médecin.
4. Le patient assumera les frais exigés par le médecin pour remplir le présent formulaire.

NUMÉRO DU  
RÉGIME COLLECTIF \_\_\_\_\_

**Partie 1 : Autorisation du patient**

Nom (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Adresse : Numéro et rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) : \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise la divulgation par mon médecin à mon assureur de tout renseignement qu'il possède sur moi à l'égard de la présente demande de règlement, Y COMPRIS LES RAPPORTS DE CONSULTATION.

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Partie 2 : Déclaration du médecin traitant**

1. **Diagnostic** (y compris toute complication). **Veillez joindre des copies de tous les rapports de consultation, les protocoles opératoires et les rapports de pathologie.**

Date à laquelle le cancer a été diagnostiqué : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Foyer de la tumeur : \_\_\_\_\_

Nature de la tumeur : \_\_\_\_\_

Histologie et stadification : \_\_\_\_\_

2. **Historique**

Date de l'apparition des symptômes : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Votre patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection similaire?  Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez les diagnostics et les dates des traitements. \_\_\_\_\_

Décrivez les symptômes actuels : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation pour l'affection actuelle : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

3. Taille actuelle : \_\_\_\_\_ Poids actuel : \_\_\_\_\_ Perte ou gain de poids à ce jour : \_\_\_\_\_

4. Selon vous, à partir de quelle date l'affection du patient a-t-elle commencé à l'empêcher d'accomplir son travail?

Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

5. **Traitement**

Date de la première consultation : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date de la dernière consultation : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Fréquence des consultations :  Hebdomadaire  Mensuelle  Autre

Si « Autre », veuillez préciser. \_\_\_\_\_

Traitement : Donnez tous les renseignements sur les traitements effectués à ce jour et à venir, y compris :

Intervention chirurgicale : \_\_\_\_\_

Radiothérapie : \_\_\_\_\_

Hormones : \_\_\_\_\_

Chimiothérapie : \_\_\_\_\_

6. **Hospitalisation** (si elle s'est révélée nécessaire par suite de la maladie ou de la blessure)

Date d'admission à l'hôpital : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du congé : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du traitement à titre de patient externe : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

7. Décrivez la réaction au traitement à ce jour :  S. O.  Partielle  Totale

Décrivez tous les facteurs de comorbidité : \_\_\_\_\_

Décrivez toutes les séquelles résultant du traitement : \_\_\_\_\_

Pronostic : \_\_\_\_\_

8. L'affection est-elle attribuable à une blessure ou à une maladie découlant du travail du patient?  Oui  Non

Dans l'affirmative, votre bureau a-t-il présenté, au nom du patient, une demande de prestations pour cette affection à la Commission de la santé et de la sécurité du travail?  Oui  Non

9. Veuillez indiquer les capacités physiques actuelles de votre patient :

Tâches sédentaires : doit rester principalement en position assise; position debout et marche à l'occasion; peut soulever des charges de 5 kg ou moins.

Tâches légères : doit soulever fréquemment des charges jusqu'à 5 kg, parfois jusqu'à 11 kg; peut avoir à marcher ou à rester debout ou assis fréquemment et à pousser et à tirer avec ses bras ou ses jambes, ou les deux.

Tâches moyennes : doit soulever fréquemment des charges jusqu'à 11 kg, parfois jusqu'à 23 kg; peut avoir à soulever, à transporter, à pousser ou à tirer fréquemment des charges.

Tâches lourdes : doit soulever fréquemment des charges jusqu'à 23 kg, parfois jusqu'à 45 kg.

Selon vous, quelle est la date la plus rapprochée à laquelle votre patient pourrait retourner au travail?

Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Si l'emploi précédent pouvait être modifié, à quel moment votre patient pourrait-il commencer un emploi de réadaptation?

Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

10. Donnez le nom des autres médecins qui ont participé ou qui participeront à l'évaluation des problèmes médicaux de votre patient et **joignez des copies de tous les rapports de consultation disponibles.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Croyez-vous que le patient est en mesure d'endosser des chèques et de gérer l'utilisation des fonds?  Oui  Non

Dans la négative, depuis quand? Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Avez-vous signalé le cas au Curateur public?  Oui  Non

12. Nous vous saurions gré de nous fournir tout autre renseignement susceptible de nous aider à mieux comprendre le patient et l'affection dont il souffre.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Spécialité \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal) :

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



[www.lagreatwest.com](http://www.lagreatwest.com)

La Great-West et la conception graphique de la clé sont des marques de commerce de La Great-West, compagnie d'assurance-vie.  
©La Great-West, compagnie d'assurance-vie (« la Great-West »), tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.