



Déclaration du médecin traitant – Demande de prestations d'invalidité de courte durée

Renseignements sur le participant au régime/salarié et consentement (à remplir par le participant)

Nom du participant/salarié (nom de famille, prénom)	Téléphone au domicile (avec indicatif régional)	Cellulaire (avec indicatif régional)
---	---	--------------------------------------

Adresse (rue, ville, province, code postal)

Nom de l'employeur	Numéro du contrat	Numéro du certificat du participant
--------------------	-------------------	-------------------------------------

Taille	Poids	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
--------	-------	--------------------------------

Dernier jour de travail	Date du retour au travail ou date prévue du retour au travail
--------------------------------	--

J'autorise par la présente la communication à _____ (société d'assurances) ou à ses mandataires de tous les renseignements médicaux et sur ma santé figurant dans mon dossier pour l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et pour l'administration du régime. Les renseignements médicaux et sur la santé comprennent, sans toutefois s'y limiter, copie de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers d'hospitalisation. Il est entendu que je peux révoquer mon consentement en tout temps, mais que sans celui-ci ma demande de prestations ne peut être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir la présente déclaration sont à ma charge.

Signature du participant/salarié _____

Date du consentement (jj/mm/aaaa) _____

Déclaration du médecin traitant

AU MÉDECIN :

- Si votre patient est de retour au travail ou s'il est prévu qu'il le soit dans les 4 semaines suivant la date de son dernier jour de travail, veuillez remplir la page 1 uniquement et apposer votre signature à la fin du formulaire.
- Pour les absences risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir les pages 1 et 2 au complet.

Diagnostic
Diagnostic primaire :

Diagnostic secondaire :

S'il s'agit d'un accouchement – Date prévue ou réelle : _____

Voie vaginale Césarienne

Maladie professionnelle ou accident du travail
L'affection est-elle attribuable au travail? Oui Non

Date de la première consultation pour cette affection (jj/mm/aaaa)	Date du premier jour d'absence du travail en raison de l'affection (jj/mm/aaaa)
--	---

Hospitalisation Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? <input type="checkbox"/> ou a-t-il subi une intervention de chirurgie ambulatoire? <input type="checkbox"/> Nom de l'établissement _____	Date d'admission (jj/mm/aaaa) _____ Date de sortie (jj/mm/aaaa) _____
---	--

Si le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description.
Date (jj/mm/aaaa) _____ Description _____

Traitement (médicament, posologie, physiothérapie, autre)

Pronostic Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement.



Suite de la déclaration du médecin traitant – Si l'absence risque de se prolonger au-delà de 4 semaines

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez préciser la date.
(jj/mm/aaaa)

Veuillez décrire les symptômes actuels, leur gravité et leur fréquence.

Fréquence des consultations : Hebdomadaire Mensuelle Autre _____



Veillez joindre à la présente une copie de tous les documents pertinents :

- résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué)
- rapports de consultation

Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient a consulté ou consultera un spécialiste relativement à l'affection.

Nom du spécialiste _____ Spécialité _____ Date de la consultation _____

À la lumière de vos constatations et de vos observations cliniques, veuillez décrire les restrictions et limitations d'ordre cognitif ou physique s'appliquant actuellement à votre patient.

Veuillez nous faire part de toute complication ou de toute autre affection influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou sur la période de convalescence prévue.

À votre connaissance, le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui Non

Croyez-vous que votre patient est en mesure de gérer ses propres affaires? Oui Non

Pronostic Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement (sauf si déjà indiqué en page 1).

Note

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assureur auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, vous consentez à ce qu'ils soient communiqués tels quels.

Médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Spécialiste agréé	Tampon du médecin
Adresse (rue, ville, province, code postal)		
Téléphone (avec indicatif régional)	Télécopieur (avec indicatif régional)	
Signature	Date (jj/mm/aaaa)	

REMARQUE : LES HONORAIRES EXIGÉS POUR REMPLIR LA PRÉSENTE DÉCLARATION SONT À LA CHARGE DU PATIENT.