

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

Tous les honoraires exigés pour remplir la déclaration sont à la charge du patient.

Partie 1				Renseignements sur le participant au régime/salarié et consentement			
À REMPLIR PAR LE PATIENT							
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		Date de naissance (jj/mm/aaaa)	
Dernier jour de travail (jj/mm/aaaa) _____				Date réelle ou prévue du retour au travail (jj/mm/aaaa) _____			
Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement :						Indiquez vos :	
Nom du médicament		Posologie (mg)		Fréquence		Taille : _____	
1. _____		_____		_____		Poids : _____	
2. _____		_____		_____		Main dominante :	
3. _____		_____		_____		Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/>	
4. _____		_____		_____			
5. _____		_____		_____			
<p>J'autorise par la présente la communication à _____ (société d'assurances) ou à ses mandataires des 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 pourrait ne pas être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir le présent formulaire sont à ma charge. Une copie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original. Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.</p>							
Signature du participant/salarié _____				Date du consentement (jj/mm/aaaa) _____			
Partie 2				Déclaration du médecin traitant – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN			
Je suis : le médecin de famille <input type="checkbox"/> un spécialiste-conseil <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> (préciser) _____							
VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES.							
Diagnostic							
Diagnostic primaire : _____							

Diagnostic secondaire ou complications : _____							

S'il s'agit d'un accouchement – Date prévue ou réelle (jj/mm/aaaa) _____							

L'affection est-elle attribuable : à une maladie professionnelle ou à un accident du travail? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, précisez la date. (jj/mm/aaaa) _____	à un accident de la route? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, précisez la date. (jj/mm/aaaa) _____												
Avez-vous récemment rempli d'autres demandes de prestations d'invalidité relativement à ce patient? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, qui en a fait la demande? (autre assureur, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) _____													
Date de votre première consultation avec le patient relativement à cette affection (jj/mm/aaaa) _____	Date du premier jour d'absence du travail en raison de l'affection (jj/mm/aaaa) _____												
Traitement													
Par exemple, programme spécial, thérapeutique, médicaments (sauf si déjà indiqués par le patient à la Partie 1) _____ _____ _____ _____ _____													
Fréquence des consultations : Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (préciser) _____ Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa) _____													
Le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection ou pour une affection semblable? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, précisez la date. (jj/mm/aaaa) _____ Fournisseur du traitement : _____													
Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez expliquer. _____													
Réponse au traitement													
Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent? Réponse complète <input type="checkbox"/> Réponse partielle <input type="checkbox"/> Aucune réponse <input type="checkbox"/> Trop tôt pour se prononcer <input type="checkbox"/>													
Prévoit-on modifier ou intensifier le programme de traitement actuel ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, précisez. _____													
Hospitalisation													
Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Une hospitalisation est-elle prévue? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Date d'admission (jj/mm/aaaa)</th> <th style="width: 33%;">Date de sortie (jj/mm/aaaa)</th> <th style="width: 33%;">Nom de l'établissement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Date d'admission (jj/mm/aaaa)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)	Nom de l'établissement	1. _____	_____	_____	2. _____	_____	_____	3. _____	_____	_____
Date d'admission (jj/mm/aaaa)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)	Nom de l'établissement											
1. _____	_____	_____											
2. _____	_____	_____											
3. _____	_____	_____											
Si le patient a subi ou doit subir une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description.													
Date (jj/mm/aaaa)	Description												
1. _____	_____												
2. _____	_____												

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis frappé de restrictions ou révoqué par suite de l'affection? Oui Non

Dans l'affirmative, quand? (jj/mm/aaaa) _____ Type de permis : _____

Avez-vous des inquiétudes quant à la capacité du patient de gérer ses propres affaires? Oui Non

Y a-t-il d'autres facteurs non médicaux qui pourraient influencer sur la durée prévue de la période de convalescence et sur les objectifs de retour au travail du patient?

Oui Non Veuillez préciser.

Pronostic

Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient ou son rétablissement.

Retour au travail

Quels sont les objectifs de retour au travail dont vous avez discuté avec le patient? Veuillez préciser.

Avis au médecin

Les renseignements figurant dans le présent formulaire seront versés à un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou de l'administrateur du régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi.

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)

Spécialité du médecin

Date de signature (jj/mm/aaaa)

Adresse

Téléphone (avec indicatif régional)

Télécopieur (avec indicatif régional)

Signature ou tampon