



# Déclaration initiale du médecin

## Demande de règlement d'assurance invalidité

### 1. Renseignements sur le patient

- 1.1 Numéro de police : \_\_\_\_\_
- 1.2 Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_
- 1.3 Date de naissance (jour/mois/année) : \_\_\_\_\_
- 1.4 Adresse (numéro et nom de rue) : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_
- 1.5 Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### 2. Diagnostic physique

- 2.1 Diagnostic principal : \_\_\_\_\_
- 2.2 Diagnostic secondaire et complications : \_\_\_\_\_
- 2.3 Constatations médicales objectives, y compris les résultats de tous les examens diagnostiques :  
 \_\_\_\_\_
- 2.4 Incapacité physique (cochez une case) :
- Classe 1 aucune limitation, apte à toute activité physique soutenue
  - Classe 2 légère limitation, apte aux activités modérées
  - Classe 3 limitation modérée, apte aux activités légères
  - Classe 4 limitation marquée, apte aux activités minimales
  - Classe 5 limitation grave, incapable d'activités minimales

### 3. Diagnostic psychiatrique (DSM 5)

- 3.1 Diagnostic principal : \_\_\_\_\_
- 3.2 Diagnostic secondaire et complications : \_\_\_\_\_
- 3.3 Gravité des facteurs de stress psychosociaux (0 – absence; 1 – léger; 3 – modéré; 5 – sévère)  
 Cochez une case :  0  1  2  3  4  5
- 3.4 Facteurs susceptibles d'avoir contribué à l'apparition des problèmes cliniques ou qui peuvent compliquer leur résolution :
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problèmes liés au travail             | <input type="checkbox"/> Alcoolisme ou toxicomanie                |
| <input type="checkbox"/> Difficultés d'adaptation              | <input type="checkbox"/> Affection physique ou problèmes de santé |
| <input type="checkbox"/> Personnalité ou absence de motivation | <input type="checkbox"/> Autres problèmes : _____                 |
| <input type="checkbox"/> Problèmes sociaux ou familiaux        |   |
| <input type="checkbox"/> Problèmes financiers ou juridiques    |   |

#### Preuve exigée

Pour que la demande de règlement puisse être examinée, veuillez fournir une copie de toutes les preuves médicales concernant l'investigation, le diagnostic et le traitement de cette affection y compris les résultats de tests, les résultats d'examens de laboratoire, les rapports d'intervention chirurgicale et les rapports de consultation.

## 4. Symptômes

- 4.1 À quelle date les premiers symptômes de votre patient sont-ils apparus? (jour/mois/année) \_\_\_\_\_
- 4.2 À partir de quelle date l'affection ou maladie a-t-elle commencé à empêcher le patient de travailler?  
(jour/mois/année) \_\_\_\_\_
- 4.3 Le patient a-t-il déjà été atteint de la même affection ou d'une invalidité similaire?  
 Oui, indiquez la date (jour/mois/année) : \_\_\_\_\_  
 Non
- 4.4 Avez-vous recommandé un arrêt de travail?  
 Oui, indiquez la date (jour/mois/année) : \_\_\_\_\_  
 Non
- 4.5 Énumérez les symptômes actuels et précisez leur degré de gravité.
- |                    |                                |                                 |                                |
|--------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Symptôme 1 : _____ | <input type="checkbox"/> Léger | <input type="checkbox"/> Modéré | <input type="checkbox"/> Grave |
| Symptôme 2 : _____ | <input type="checkbox"/> Léger | <input type="checkbox"/> Modéré | <input type="checkbox"/> Grave |
| Symptôme 3 : _____ | <input type="checkbox"/> Léger | <input type="checkbox"/> Modéré | <input type="checkbox"/> Grave |
| Symptôme 4 : _____ | <input type="checkbox"/> Léger | <input type="checkbox"/> Modéré | <input type="checkbox"/> Grave |
| Symptôme 5 : _____ | <input type="checkbox"/> Léger | <input type="checkbox"/> Modéré | <input type="checkbox"/> Grave |
| Symptôme 6 : _____ | <input type="checkbox"/> Léger | <input type="checkbox"/> Modéré | <input type="checkbox"/> Grave |

## 5. Traitement

- 5.1 Le patient a-t-il été hospitalisé?  Oui, précisez ci-dessous  Non  
Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_  
Date d'admission (jour/mois/année) : \_\_\_\_\_ Date de congé (jour/mois/année) : \_\_\_\_\_
- 5.2 Si une intervention chirurgicale a été pratiquée ou le sera, indiquez la date (jour/mois/année) et la description de l'intervention :  
\_\_\_\_\_
- 5.3 Quelle est la nature du traitement actuel (p. ex. programmes spéciaux, thérapies)?  
\_\_\_\_\_
- 5.4 Médicaments (joindre une liste des médicaments s'il y en a plus de trois) :
- |             |   |                            |
|-------------|---|----------------------------|
| Nom : _____ | Date de début de la prise (jour/mois/année) : _____ | Fréquence de prise : _____ |
| Nom : _____ | Date de début de la prise (jour/mois/année) : _____ | Fréquence de prise : _____ |
| Nom : _____ | Date de début de la prise (jour/mois/année) : _____ | Fréquence de prise : _____ |
- 5.5 Le patient a-t-il été dirigé vers un spécialiste?  Oui, précisez ci-dessous  Non
- |  |                    |
|--|--------------------|
| Nom du médecin : _____                                     | Spécialité : _____ |
| Date du renvoi au spécialiste (jour/mois/année) : _____    |                    |
| Date de la première consultation (jour/mois/année) : _____ |                    |
- 
- |  |                    |
|--|--------------------|
| Nom du médecin : _____                                     | Spécialité : _____ |
| Date du renvoi au spécialiste (jour/mois/année) : _____    |                    |
| Date de la première consultation (jour/mois/année) : _____ |                    |

5.6 Indiquez la réaction au programme de traitement jusqu'à présent :

Complète  Partielle  Aucune  Trop tôt pour se prononcer

5.7 Quel est votre pronostic de rétablissement? \_\_\_\_\_

5.8 Le patient suit-il le programme de traitement recommandé?  Oui  Non

5.9 Envisagez-vous d'apporter des modifications au plan de traitement du patient ou êtes-vous en voie de le faire?  Oui  Non

Précisez : \_\_\_\_\_

## 6. Retour au travail

6.1 Un plan de retour au travail a-t-il été établi?

Oui, quelle est la date prévue de retour au travail? (jour/mois/année) \_\_\_\_\_

Cochez une case :  Retour à temps plein  Retour à temps partiel  Retour progressif

Dans le cas d'un retour au travail à temps partiel ou progressif, quel est l'horaire de travail recommandé?

\_\_\_\_\_

Non, quand le patient sera-t-il évalué en vue de son retour éventuel au travail? (jour/mois/année) \_\_\_\_\_

## 7. Autres

7.1 Existe-t-il d'autres facteurs d'ordre non médical susceptibles d'avoir une incidence sur la période de rétablissement prévue du patient et sur son plan de retour au travail?

Oui, précisez : \_\_\_\_\_

Non

## 8. Renseignements sur le médecin et signature

8.1 Nom du médecin : \_\_\_\_\_

8.2 Spécialité : \_\_\_\_\_

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

8.4 Adresse (numéro et nom de rue) : \_\_\_\_\_

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

Date de signature (jour/mois/année) : \_\_\_\_\_

**X**

\_\_\_\_\_  
Signature du **médecin**

• Le patient doit acquitter les frais demandés pour remplir le présent formulaire et pour tout autre renseignement médical fourni.

• À retourner par la poste, par courriel ou par télécopieur à :

Demandes de règlement, Protection du vivant

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie

CP 6000, Winnipeg MB R3C 3A5

Courriel : [reclamationspv@canadavie.com](mailto:reclamationspv@canadavie.com)

Télécopieur : 204 946-4030

