

**Consentement du patient**

J'autorise mon fournisseur de soins de santé à divulguer des renseignements personnels à mon égard, y compris les renseignements médicaux et les renseignements sur ma santé, à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie) aux fins suivantes: l'enquête sur mes demandes de règlement, l'évaluation et l'administration de ces dernières, la préparation d'un plan de réadaptation professionnelle pour m'aider à retourner au travail, la vérification de l'évaluation de mes demandes de règlement et l'administration du régime collectif. **Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.**

Je reconnais que mon consentement permet à la Canada Vie de traiter ma ou mes demandes de règlement et que mon refus de consentir peut entraîner un retard dans le traitement de mes demandes de règlement ou leur refus.

Une photocopie ou une copie électronique du présent formulaire de consentement est aussi valide que l'original.

Je peux révoquer mon consentement en tout temps moyennant l'envoi d'une directive écrite à cet égard.

**Votre nom (en caractères d'imprimerie)** \_\_\_\_\_ **Date de naissance** \_\_\_\_\_

**Nom de votre employeur** \_\_\_\_\_ **Numéro du régime collectif** \_\_\_\_\_

**Votre signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Déclaration du médecin traitant**

- En caractères d'imprimerie
- Veuillez répondre à toutes les questions en entier.
- Le patient devra prendre à sa charge les frais exigés par le médecin pour remplir le présent formulaire.

Diagnostic primaire \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire \_\_\_\_\_

Votre patient a-t-il déjà été atteint de la même affection ou d'une affection similaire dans le passé?  Oui  Non

Dans l'affirmative, donnez les dates et des précisions sur l'affection concernée :

\_\_\_\_\_

Date de l'apparition des premiers symptômes      année \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_

Date de la première consultation pour cette affection      année \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_

Date à laquelle l'affection du patient a commencé à l'empêcher d'accomplir son travail  
 année \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_

**Veillez fournir les documents suivants :**

- Une copie des notes de consultations
- Des copies des rapports d'imagerie (radiographie, échographie, tomodensitométrie, IRM) et les résultats d'autres tests passés depuis l'apparition des symptômes (n'envoyez pas les résultats des tests génétiques). Si vous êtes en attente d'examen veuillez indiquer la date du rendez-vous :

Indiquez les symptômes du patient, ainsi que la fréquence et la gravité de ceux-ci.

Symptôme	Fréquence	Gravité

Observations lors de l'examen physique :

\_\_\_\_\_

Taille actuelle \_\_\_\_\_ Poids actuel \_\_\_\_\_ Main dominante : gauche  droite

Veillez indiquer les capacités fonctionnelles du patient, en précisant seulement les régions affaiblies (si vous laissez ce champ vide, nous présumerons qu'il n'y a aucune limitation) :

Endurance	Jusqu'à 4 heures de suite	2 à 4 heures de suite	1 à 2 heures de suite	Maximum d'une heure de suite	Jusqu'à 20 minutes	Incapable / pas du tout	Durée prévue de toute restriction
S'asseoir							
Rester debout							
Marcher							
Conduire							

Tâche		Constamment (de 85 % à 100 %)	Souvent (de 65 % à 84 %)	Régulièrement (de 34 % à 64 %)	À l'occasion (33 % ou moins)	Incapable / pas du tout	Durée prévue de toute restriction
Se pencher / Courber le dos							
S'accroupir / s'agenouiller							
Monter les escaliers							
Actionner les commandes au pied	Droite						
	Gauche						
Pousser / tirer	Droite						
	Gauche						
<b>Étendre les bras</b>							
Au-dessous des épaules	Droite						
	Gauche						
Au-dessus des épaules	Droite						
	Gauche						
<b>Dextérité manuelle</b>							
Manipulation de grands objets (prise/saisie)	Droite						
	Gauche						
Manipulation fine (taper/écrire/saisir)	Droite						
	Gauche						
Soulever/transporter des charges allant jusqu'à 10 lb ou 4,5 kg							
Soulever/transporter des charges allant jusqu'à 20 lb ou 9,1 kg							
Soulever/transporter des charges allant jusqu'à 50 lb ou 22,7 kg							

S'il y a des restrictions qui ne figurent pas ci-dessus, veuillez les indiquer :

---

Décrivez l'effet des activités de la vie quotidienne (conduite automobile, courses, tâches ménagères) et d'hygiène personnelle (bain, habillement, toilette, etc.) :

---

Avez-vous donné des avis concernant le mieux-être physique et psychologique (douleur vs danger, le maintien de la routine, etc.)?

Oui  Non  Veuillez préciser :

---

Quelles autres activités avez-vous recommandées pour favoriser la récupération?

---

Le patient a-t-il subi une intervention chirurgicale, ou une chirurgie est-elle prévue?

année \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_

Type de chirurgie : \_\_\_\_\_

Autre traitement (plâtre, aides à la mobilité, physiothérapie, orthèses, etc.) :

Veillez indiquer le nom des médicaments pris actuellement, ainsi que la posologie et la date de l'ordonnance :

Médicaments	Posologie actuelle	Date à laquelle la dose actuelle a été prescrite	Modification de la dose

La gestion des médicaments est-elle optimale? Oui  Non  Si non, veuillez donner des précisions :

À ce jour, quelle est la réaction de votre patient au traitement?

Modifications à venir au programme de traitement :

Autres médecins traitants (veuillez fournir des copies des rapports de consultations) :

Références en attente :

Date de retour au travail prévue : \_\_\_\_\_ **OU**  Inconnu **OU**  On ne s'attend pas à ce que l'employé retourne au travail

La Canada Vie soutient les initiatives de retour au travail comme les tâches modifiées ou de substitution, le travail à temps partiel ou l'emploi transitoire et considère ces mesures comme une partie de la récupération. Quels objectifs de retour au travail ont été discutés avec le patient, ou quels objectifs suggérez-vous?

Veillez indiquer tous les facteurs qui pourraient compliquer la récupération ou empêcher le retour au travail :

Veillez indiquer tout autre renseignement que vous souhaitez fournir :

**Avis au médecin :** Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'indemnisation vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou du gestionnaire de régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu l'autorisation ou qui y sont autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, je consens à ce que les renseignements figurant dans la présente soient divulgués tels quels.

Médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Spécialité	Timbre du médecin
Adresse (rue, ville, province, code postal)		
Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)	Numéro de télécopieur (y compris l'indicatif régional)	
Adresse électronique :		
Signature	Date de la signature (jj/mm/aaaa)	