

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 _____**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) : _____

J'autorise mes fournisseurs de soins de santé ou de soins de réadaptation à divulguer des renseignements à mon égard, y compris les renseignements médicaux et les rapports de consultation me concernant, à la Canada Vie, dans le cadre des enquêtes sur ma ou mes demandes de règlement et de l'évaluation de ces dernières, de la gestion des protections que je peux détenir auprès de la Canada Vie et de l'administration du régime collectif. **Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.**

Je reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour enquêter sur ma ou mes demandes de règlement et évaluer ces dernières, gérer les protections que je peux détenir auprès de la Canada Vie et administrer le régime collectif. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada Vie de traiter mes demandes de règlement et que le refus de consentir peut entraîner du retard ou le refus de mes demandes de règlement.

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

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

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. Ne pas fournir de résultats de tests génétiques.**

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 5kg 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. 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.

Note à l'intention du 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 de courriel		
Signature	Date (jj/mm/aaaa)	

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 _____

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) : _____

J'autorise mes fournisseurs de soins de santé ou de soins de réadaptation à divulguer des renseignements à mon égard, y compris les renseignements médicaux et les rapports de consultation me concernant, à la Canada Vie, dans le cadre des enquêtes sur ma ou mes demandes de règlement et de l'évaluation de ces dernières, de la gestion des protections que je peux détenir auprès de la Canada Vie et de l'administration du régime collectif. **Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.**

Je reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour enquêter sur ma ou mes demandes de règlement et évaluer ces dernières, gérer les protections que je peux détenir auprès de la Canada Vie et administrer le régime collectif. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada Vie de traiter mes demandes de règlement et que le refus de consentir peut entraîner du retard ou le refus de mes demandes de règlement.

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

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

Signature du patient _____ Date _____

Partie 2 : Déclaration du médecin traitant

1. **Diagnostic** (veuillez fournir des copies de toutes les notes cliniques, les rapports d'examen et les rapports de consultation pertinents se trouvant au dossier. **Ne pas fournir de résultats de tests génétiques**)

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 sa profession?
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 _____ pâtés de maisons 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 retourner à sa propre profession : 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 retourner à sa profession habituelle, 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 reliés 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?

Note à l'intention du 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 de courriel		
Signature	Date (jj/mm/aaaa)	

Déclaration du médecin traitant

Section A			
Renseignements sur le participant de régime / le salarié et son consentement			
CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PATIENT			
Nom du participant de régime / du salarié (Nom de famille, prénom, initiale du second prénom)		Téléphone au domicile (y compris l'indicatif régional)	Numéro de cellulaire (y compris l'indicatif régional)
Adresse (rue, ville, province, code postal)			
Nom de l'employeur	N° du régime collectif	N° d'identification du salarié de la Canada Vie.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Date du dernier jour de travail (jj-mm-aaaa) _____	Date de retour au travail, ou date prévue de retour au travail si elle est connue (jj-mm-aaaa) _____		Veillez indiquer : Taille : _____ Poids : _____
<p>J'autorise mes fournisseurs de soins de santé ou de soins de réadaptation à divulguer des renseignements à mon égard, y compris les renseignements médicaux et les rapports de consultation me concernant, à la Canada Vie, dans le cadre des enquêtes sur ma ou mes demandes de règlement et de l'évaluation de ces dernières, de la gestion des protections que je peux détenir auprès de la Canada Vie et de l'administration du régime collectif. Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.</p> <p>Je reconnais que la Canada Vie a besoin de mes renseignements personnels aux fins indiquées ci-dessus. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada Vie de traiter ma ou mes demandes de règlement et que tout refus de consentement de ma part peut entraîner un retard dans le traitement de ma ou mes demandes de règlement ou leur refus.</p> <p>Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l'envoi d'un avis écrit en ce sens.</p> <p>Il est entendu qu'il m'incombe d'acquitter tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire.</p> <p>Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.</p>			
Signature du participant de régime / du salarié _____		Date du consentement (jj-mm-aaaa) _____	
Section B			
Questionnaire du médecin traitant			
CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN			
Je suis le : Médecin traitant <input type="checkbox"/> Spécialiste-conseil <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (veuillez préciser) _____			
VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES			
1. Diagnostic			
Diagnostic primaire : _____ _____			
Diagnostic secondaire : _____ _____			
L'affection est-elle attribuable à : Une maladie professionnelle ou un accident de travail <input type="checkbox"/> Un accident d'automobile <input type="checkbox"/>			
Dans l'affirmative, indiquez la date de l'évènement (jj-mm-aaaa) : _____			
Précisions : _____ _____			
Date de la première consultation avec vous en raison de cette affection (jj-mm-aaaa) : _____		Date du premier jour d'absence du travail en raison de l'affection (jj-mm-aaaa) : _____	
Le patient a-t-il déjà été traité pour cette affection ou pour une affection similaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Dans l'affirmative, indiquez la date (jj-mm-aaaa) : _____ Par qui a-t-il été traité? _____			
Avez-vous récemment rempli d'autres formulaires de demande de règlement d'invalidité pour ce patient? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Dans l'affirmative, veuillez indiquer le demandeur (autre compagnie d'assurance, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) : _____ _____			

2. Symptômes, tels qu'ils sont décrits par le patient

Veillez décrire les symptômes actuels du patient, en précisant leur fréquence et leur gravité : _____

3. Vos résultats cliniques et vos observations

Veillez décrire le niveau d'incidence de l'affection sur les aspects suivants :

	Aucune incidence	Légère	Modérée	Importante
Apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énergie / vigueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration / attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affect / humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autocritique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations ou commentaires à l'appui de ce qui précède : _____

4. Facteurs qui compliquent la situation

Veillez indiquer tous les facteurs susceptibles d'avoir contribué aux problèmes cliniques et de se répercuter sur la convalescence du patient :

- Difficultés au travail
 Difficultés sociales / familiales
 Difficultés d'ordre financier / juridique
 Affection physique
 Alcoolisme / toxicomanie
 Effets secondaires de médicaments
 Perception de la douleur
 Difficultés d'adaptation
 Personnalité / manque de motivation
 Autre

Veillez préciser :

Veillez décrire le soutien en place ou prévu pour aider le patient face à ces difficultés :

5. Investigations médicales

Veillez joindre une copie de tous les documents pertinents :

- résultats d'examen / investigations médicales (si aucun résultat n'est fourni, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué)
- rapports de consultation
- ne pas fournir de résultats de tests génétiques

Le patient est-il en attente de tests, d'examens ou de consultations? Oui Non Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa) : _____

Le patient a-t-il rendez-vous dans un avenir rapproché avec un ou plusieurs spécialistes? Oui Non

Nom du spécialiste _____ Spécialité _____ Date du rendez-vous (jj-mm-aaaa) : _____

1. _____

2. _____

Motif de la demande de consultation : _____

Le patient détient-il un permis qui a été révoqué ou fait l'objet de restrictions en raison de cette affection?

Oui Non Je ne sais pas

Dans l'affirmative, à partir de quelle date? (jj-mm-aaaa) _____ Type de permis : _____

6. Médicaments (veuillez continuer la liste sur une feuille distincte si vous manquez d'espace)

Nom du médicament	Posologie initiale et date de la première prise (jj-mm-aaaa)	Posologie actuelle et date du changement, le cas échéant (jj-mm-aaaa)	Réponse

7. Hospitalisation

Le patient est-il / a-t-il été hospitalisé? Oui Non Est-ce qu'une hospitalisation est prévue? Oui Non

Date de l'admission (jj-mm-aaaa) _____ Date du congé (jj-mm-aaaa) _____ Nom de l'établissement _____

1. _____

2. _____

8. Précisions sur le traitement – Thérapie psychologique (cognitivo-comportementale, pour toxicomanie / alcoolisme, de groupe, familiale, conjugale, en hôpital de jour, etc.)

Type de thérapie	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj-mm-aaaa)	Fréquence des séances	Date de la dernière séance (jj-mm-aaaa)	Réponse
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		

9. Précisions sur le traitement – Traitement simultané pour troubles physiologiques connus (physiothérapie, chiropratique, autre technique de réadaptation, etc.)

Type de thérapie	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj-mm-aaaa)	Fréquence des séances	Date de la dernière séance (jj-mm-aaaa)	Réponse
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		

10. Réponse globale au traitement

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent? Réponse complète Réponse partielle Aucune réponse
 Trop tôt pour se prononcer

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

Veuillez préciser : _____

Prévoit-on modifier ou intensifier le programme de traitement actuel? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____

11. Pronostic et rétablissement

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

Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient. _____

Veuillez fournir tout autre renseignement qui nous aidera à comprendre l'état de santé actuel du patient, les objectifs de rétablissement et le pronostic.

Note à l'intention du 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 de courriel		
Signature	Date (jj/mm/aaaa)	

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 _____

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) : _____

J'autorise mes fournisseurs de soins de santé ou de soins de réadaptation à divulguer des renseignements à mon égard, y compris les renseignements médicaux et les rapports de consultation me concernant, à la Canada Vie, dans le cadre des enquêtes sur ma ou mes demandes de règlement et de l'évaluation de ces dernières, de la gestion des protections que je peux détenir auprès de la Canada Vie et de l'administration du régime collectif. **Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.**

Je reconnais que ce renseignements personnels sont nécessaires pour enquêter sur ma ou mes demandes de règlement et évaluer ces dernières, gérer les protections que je peux détenir auprès de la Canada Vie et administrer le régime collectif. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada Vie de traiter mes demandes de règlement et que le refus de consentir peut entraîner du retard ou le refus de mes demandes de règlement.

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

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

Signature du patient _____ Date _____

Partie 2 : Déclaration du médecin traitant

1. Diagnostic (veuillez fournir une copie de toutes les notes cliniques pertinentes et de tous les résultats et rapports de consultation pertinents)

Diagnostic primaire : _____

Diagnostic secondaire : _____

Date de l'apparition des symptômes : Année _____ Mois _____ Jour _____

Date à laquelle le patient a cessé de travailler en raison de son incapacité : Année _____ Mois _____ Jour _____

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

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

Dans l'affirmative, veuillez donner les dates et des précisions sur l'affection concernée : _____

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 _____

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

Dans l'affirmative, les formulaires de la commission des accidents du travail ou de la CSST 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 : _____

Nom des autres médecins traitants : _____

Références à des spécialistes en attente : _____

2. Veuillez présenter toutes les études objectives effectuées ou prévues (radiographies, données d'exams 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	Gravité			
		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

Médicaments (posologie, fréquence de prise et date de prescription) : _____

Physiothérapie (type, fréquence, dates) : _____

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 : _____

Autre type de traitement : _____

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

5. Restrictions et limitations

		Nombre d'heures d'affilée					Nombre total 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 en-dessous des épaules _____

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

Pronostic de guérison : _____

Date présumée à laquelle le patient peut retourner à sa propre profession : 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 retourner à sa profession habituelle, 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?

Note à l'intention du 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 de courriel		
Signature	Date (jj/mm/aaaa)	

Déclaration du médecin traitant – Demande de règlement d’assurance invalidité de longue durée

Autres troubles

Section 1 Renseignements sur le participant de régime/le salarié et son consentement
CETTE DÉCLARATION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PATIENT

Nom du participant de régime / du salarié (Nom de famille, prénom, initiale du second prénom)	Téléphone au domicile (y compris l’indicatif régional)	Numéro de cellulaire (y compris l’indicatif régional)
--	---	--

Adresse (rue, ville, province, code postal)

Nom de l’employeur	N° du régime collectif	N° d’identification du salarié de la Canada Vie.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
--------------------	------------------------	--	--------------------------------

Date du dernier jour de travail (jj-mm-aaaa)	Date de retour au travail ou date prévue de retour au travail (jj-mm-aaaa)
---	---

Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement :			Veuillez indiquer :
Nom du médicament	Dose (mg)	Fréquence?	
1. _____	_____	_____	Taille : _____
2. _____	_____	_____	Poids : _____
3. _____	_____	_____	
4. _____	_____	_____	Main dominante :
5. _____	_____	_____	Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/>

J’autorise mes fournisseurs de soins de santé ou de soins de réadaptation à divulguer des renseignements à mon égard, y compris les renseignements médicaux et les rapports de consultation me concernant, à la Canada Vie, dans le cadre des enquêtes sur ma ou mes demandes de règlement et de l’évaluation de ces dernières, de la gestion de toute protection que je peux détenir auprès de la Canada Vie et de l’administration du régime collectif. **Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.**

Je reconnais que la Canada Vie a besoin de mes renseignements personnels aux fins indiquées ci-dessus. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada Vie de traiter ma ou mes demandes de règlement et que tout refus de consentement de ma part peut entraîner un retard dans le traitement de ma ou mes demandes de règlement ou leur refus.

Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l’envoi d’un avis écrit en ce sens.

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

Signature du participant de régime / du salarié

Date du consentement (jj-mm-aaaa)

Section 2 Déclaration du médecin traitant
CETTE DÉCLARATION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN

Je suis le : Médecin de famille Spécialiste-conseil Autre (veuillez préciser) _____

VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES

1. Diagnostic

Diagnostic primaire : _____

Diagnostic secondaire et/ou complications : _____

En cas de grossesse, date prévue ou réelle de l’accouchement (jj-mm-aaaa) _____

L'affection est-elle attribuable à :	
Une maladie professionnelle ou un accident de travail? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Un accident d'automobile? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, date de l'évènement : (jj-mm-aaaa) _____	Dans l'affirmative, date de l'évènement : (jj-mm-aaaa) _____
Avez-vous récemment rempli d'autres formulaires de demande de règlement d'invalidité pour ce patient? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Dans l'affirmative, veuillez indiquer le demandeur : (autre compagnie d'assurance, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) _____	
Date de la première consultation avec vous en raison de cette affection : (jj-mm-aaaa) _____	Date du premier jour d'absence du travail de l'affection : (jj-mm-aaaa) _____
Traitement	
P. ex. programmes spéciaux, thérapies, médicaments : (si le patient ne l'a pas indiqué dans la Section 1)	

Fréquence des consultations : Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (précisez) _____	
Date de la dernière consultation : (jj-mm-aaaa) _____	
Le patient a-t-il déjà été traité pour cette affection ou pour une affection similaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Dans l'affirmative, indiquez la date : (jj-mm-aaaa) _____ Fournisseur des soins : _____	
Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Veuillez préciser : _____	
Réaction au traitement	
Veuillez décrire la réaction au traitement à ce jour : Complète <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Trop tôt pour le savoir <input type="checkbox"/>	
Des changements sont-ils prévus au programme de traitement actuel? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Dans l'affirmative, précisez lesquels : _____	
Hospitalisation	
Le patient est-il / a-t-il été hospitalisé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Est-ce qu'une hospitalisation est prévue? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Date de l'admission (jj-mm-aaaa)	Date du congé (jj-mm-aaaa)
Nom de l'établissement	
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
Si le patient a subi / doit subir une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description :	
Date (jj-mm-aaaa)	Description
1. _____	_____
2. _____	_____

Investigations médicales

- ➔** **Veillez joindre une copie de tous les documents pertinents :**
- résultats d'examen / investigations médicales (si aucun résultat n'est fourni, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué)
 - rapports de consultation
 - ne pas fournir de résultats de tests génétiques

Est-ce que des tests / investigations médicales sont prévus? Oui Non

Date (jj-mm-aaaa)	Description
1. _____	_____
2. _____	_____

Si aucun rapport de consultation n'est fourni, veuillez indiquer si votre patient sera vu par un spécialiste pour cette affection?

Oui Non

Nom du spécialiste	Spécialité	Date (jj-mm-aaaa)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

Constatations et observations cliniques

Décrivez les symptômes du patient, y compris l'historique, la gravité et la fréquence à laquelle ils se manifestent :

Évolution des symptômes du patient à ce jour : Amélioration Aucun changement Détérioration

Capacités fonctionnelles

D'après vos constatations et vos observations cliniques, veuillez décrire les capacités cognitives et physiques actuelles de votre patient :

Le patient détient-il un permis qui a été révoqué ou fait l'objet de restrictions en raison de cette affection? Oui Non

Dans l'affirmative, à partir de quelle date? (jj-mm-aaaa) _____ Type de permis : _____

Existe-t-il d'autres facteurs non médicaux qui ont un impact sur la période de rétablissement prévue du patient et sur les objectifs de retour au travail?

Oui Non Veuillez donner des précisions :

Pronostic

Veuillez indiquer le pronostic du patient quant à l'amélioration et/ou au rétablissement :

Retour au travail

Quels objectifs de retour au travail ont été discutés avec le patient? Veuillez donner des précisions :

Note à l'intention du 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 de courriel		
Signature	Date (jj/mm/aaaa)	