

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)	