

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)                                      |                   |