

Bonjour,

Aux fins de l'établissement du montant de la protection pour les soins infirmiers prévue dans votre régime collectif de la Canada Vie, vous devez demander une évaluation préalable de ces soins avant qu'ils ne commencent. Pour ce faire, vous devez remplir en entier le document intitulé Soins infirmiers – Formulaire d'évaluation de l'état de santé ci-joint et le retourner à la Canada Vie.

Si vous ne l'avez pas déjà fait, veuillez communiquer avec l'organisme régissant le programme provincial de soins à domicile de votre région pour obtenir de tels soins. Nous vous demandons de bien vouloir aviser le coordonnateur de soins à domicile de ce programme que vous présentez une demande de règlement pour soins infirmiers supplémentaires à la Canada Vie et lui donner l'autorisation de nous transmettre des renseignements.

**Étape 1 :** Le formulaire ci-joint se divise en quatre parties. Pour éviter que l'évaluation préalable ne soit retardée, veuillez vous assurer d'écrire lisiblement et de bien remplir le formulaire en entier comme suit :

- Partie 1 : Renseignements sur le patient – **à remplir par le participant de régime**. Le formulaire doit indiquer vos numéros de régime et d'identification.
- Partie 2 : Programme provincial de soins à domicile – **à remplir par le médecin du patient**.
- Partie 3 : Confirmation de l'admissibilité au programme provincial de soins infirmiers – **à remplir par le coordonnateur de soins à domicile du programme provincial de soins infirmiers**.
- Partie 4 : Autorisation – **à remplir par le participant de régime et le patient**.

**Étape 2 :** À la réception du formulaire dûment rempli, la Canada Vie passera en revue les renseignements médicaux, confirmera auprès de votre gestionnaire des soins à domicile les soins que vous recevez et examiner votre contrat collectif afin de déterminer la protection pour soins infirmiers dont vous disposez.

**Étape 3 :** Lorsque nous aurons terminé notre évaluation préalable, nous vous informerons par écrit du montant, le cas échéant, de la protection pour soins infirmiers dont vous pouvez obtenir le remboursement au titre de votre régime collectif.

**Si vous avez des questions au sujet des soins infirmiers, veuillez consulter votre livret des garanties à l'intention de l'employé ou appeler notre numéro sans frais .**

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie

Une fois rempli, expédiez le présent formulaire :

**Par la poste :** Spécialiste, Gestion des demandes de règlement,  
Soins médicaux et Soins dentaires  
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
CP 6000 Succursale Main  
Winnipeg MB R3C 3A5  
www.canadavie.com

**SI LA DEMANDE EST URGENTE, VEUILLEZ L'ENVOYER PAR TÉLÉCOPIEUR AU 204 938-2820 (aux soins du spécialiste, Soins infirmiers) ou par courriel à l'adresse [MedicalServices@canadalife.com](mailto:MedicalServices@canadalife.com).**

Comme le courrier électronique n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte ses renseignements médicaux à transmettre ses formulaires par d'autres moyens.

**DIRECTIVES POUR REMPLIR LE FORMULAIRE**

Le présent formulaire doit être rempli au complet pour éviter les retards dans le traitement de la demande de règlement. Une fois que nous aurons obtenu tous les renseignements requis et évalué la demande de règlement, nous aviserons le demandeur par écrit de la protection du régime et du nombre d'heures admissible.

**Le frais exigés pour l'obtention des renseignements médicaux ne sont pas couverts par votre régime.**

Si vous avez des questions, veuillez consulter votre livret des garanties à l'intention de l'employé de la Canada Vie ou composer le 1 800 957-9777.

**Partie 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT – À remplir EN ENTIER par le participant de régime**

Numéro de police : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification du participant : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Nom Prénom

Adresse du patient \_\_\_\_\_  
Numéro et rue App. Ville Province Code postal

Date de naissance \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

Langue de correspondance :  Français  Anglais

Mode de correspondance préféré :  Poste  
 Courriel

Adresse courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ (si cette adresse est illisible, l'adresse postale sera utilisée)

Le patient a-t-il déjà soumis une demande de règlement pour soins infirmiers ou un Formulaire d'évaluation de l'état de santé?  Oui  Non

Autre assurance?  Oui  Non

Dans l'affirmative, nom de la compagnie \_\_\_\_\_ Numéro de police \_\_\_\_\_

**Si vous avez droit à des soins infirmiers d'un autre programme provincial ou d'une autre police outre le régime de soins à domicile de votre province, veuillez nous fournir une copie du document d'approbation correspondant.**

**Partie 2 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX À JOUR À remplir par le médecin (en caractères d'imprimerie)**

*(Veuillez joindre une page séparée au besoin. Veuillez vous assurer d'écrire lisiblement.)*

Diagnostic \_\_\_\_\_

Antécédents de l'état pathologique \_\_\_\_\_

Pronostic \_\_\_\_\_

Interventions chirurgicales et dates \_\_\_\_\_

Type d'affection  Aiguë (moins de 3 mois)  Convalescent (de 3 à 6 mois)  Chronique (plus de 12 mois)  
 Soins palliatifs (en fin de vie)  Score – Échelle de performance pour soins palliatifs (PPS) \_\_\_\_\_

État de santé jugé  Instable/imprévisible  Stable/prévisible

Niveau recommandé des soins (la protection sera établie selon les modalités du régime)

- Inf. aut. (le médecin doit préciser à la section des soins infirmiers)
- Inf. aux. aut. (le médecin doit préciser à la section des soins infirmiers)
- Aide-soignant / préposé aux services de soutien à la personne

**Partie 2 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX À JOUR À remplir par le médecin (en caractères d'imprimerie) (suite)**

Précisions sur les soins offerts par l'aide-soignant / le préposé aux services de soutien à la personne (soins autres qu'infirmiers)

Précisions sur les soins infirmiers (inf. aut./inf. aux. aut.) : pansements, injections, etc. (correspondant aux présents besoins infirmiers)  
**\*Rappel : Ces soins ne peuvent pas être les mêmes que ceux offerts par l'aide-soignant ou le préposé aux services de soutien à la personne. Il est nécessaire de préciser la fréquence et la durée des soins.**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Médication actuelle : voie d'administration, posologie, fréquence

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____  |
| 2. _____ | 7. _____  |
| 3. _____ | 8. _____  |
| 4. _____ | 9. _____  |
| 5. _____ | 10. _____ |

**VEUILLEZ COCHER OU COMMENTER TOUTES LES SITUATIONS QUI S'APPLIQUENT :**

**Signes vitaux :** Tens. art. \_\_\_\_\_ Pouls \_\_\_\_\_ Resp. \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_ SaO2 \_\_\_\_\_

**Douleur/inconfort – 1<sup>er</sup> endroit :** \_\_\_\_\_ **Douleur/inconfort – 2<sup>e</sup> endroit :** \_\_\_\_\_

Fréquence \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Durée \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_

Soulagé par \_\_\_\_\_ Soulagé par \_\_\_\_\_

Facteurs précipitants \_\_\_\_\_ Facteurs précipitants \_\_\_\_\_

**Tégument**

Aucun problème de peau  Lésion  Éruption  Callosité  Ecchymose  Plaie  Écoulement  Varice  Dégradation cutanée

Dans l'affirmative, précisez : \_\_\_\_\_

**Cavité buccale** Diète spéciale  Oui  Non Type : \_\_\_\_\_

Aucune difficulté  Difficulté à la mastication  Difficulté à la déglutition  Prothèse dentaire :  Supérieure  Inférieure

Autre \_\_\_\_\_

**Systèmes neurologiques/cognitif** Niveau de conscience  Alerté  Altéré

Crises  Évanouissements  MMSE Résultat : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  Tremblements  Spasmes

Cognition/orientation : Difficulté  Oui  Non Dans l'affirmative, précisez : \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

**Systèmes respiratoire/cardiovasculaire**

Dyspnée  Au repos ou à l'activité  Orthopnée Toux :  Sans expectorations  Avec expectorations

Cyanose  Respiration sifflante  Crépitation Recours à l'oxygène  Continu  Intermittent  Taux \_\_\_\_\_

Nébulisation  Ventilateur  Trachéotomie

Autre \_\_\_\_\_

**Système cardiovasculaire** – Douleur thoracique?  Oui  Non (Dans l'affirmative, précisez) \_\_\_\_\_

Antécédents :  Hypertension  Hypotension  Étourdissements

Dans l'affirmative, donnez les facteurs aggravants ou des précisions : \_\_\_\_\_

**Système circulatoire** Difficultés?  Oui  Non (Dans l'affirmative, précisez) \_\_\_\_\_

Œdème:  qui prend le godet  orthostatique  droit  gauche  bilatéral

**Système gastro-intestinal**

Saignement  Stomie  Trouble gastro-intestinal  Diarrhée Appétit  bon  léger

Constipation  Nausée/vomissement  Tube de gastronomie/entéral

Autre \_\_\_\_\_

**Vue**

Aucune perte d'acuité visuelle  Cécité  Cataractes  Vue partiellement affaiblie (précisez) \_\_\_\_\_

**Ouïe/oreilles**

Aucune perte auditive  Appareil auditif  Surdité  Ouïe partiellement affaiblie (précisez) \_\_\_\_\_

**Appareil musculosquelettique**

Aucun trouble

Coordination/ quilibre \_\_\_\_\_  Articulations enflées \_\_\_\_\_

Prothèse D/G \_\_\_\_\_  Mobilité réduite \_\_\_\_\_

Amputation D/G \_\_\_\_\_  Autre \_\_\_\_\_

**Appareil génital/urinaire**

Contrôle complet \_\_\_\_\_  Fréquence \_\_\_\_\_

Incontinence \_\_\_\_\_  Hématurie \_\_\_\_\_

Dysurie \_\_\_\_\_  Nycturie \_\_\_\_\_

Sonde à demeure \_\_\_\_\_  Autre \_\_\_\_\_

**Activités quotidiennes**

 quipement adapté utilisé au domicile :

Canne  Fauteuil roulant  Lit d'hôpital  Aides à l'alimentation  Marchette ordinaire  Marchette à roulettes

Chaise d'aisance  Aides pour toilettes  Lève-personne

Aides pour baignoire  Aucun  Autre \_\_\_\_\_

Indépendant \_\_\_\_\_

A besoin d'aide pour :  Se déplacer  S'alimenter  Se laver  S'habiller  Aller aux toilette  Autre

Aide fournie par : \_\_\_\_\_

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Numéro et rue Ville Province Code postal

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Partie 3 CONFIRMATION DE L'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME PROVINCIAL DE SOINS À DOMICILE À remplir par le coordonnateur des soins**

Ce document permettra au spécialiste des soins infirmiers de la Great-West de traiter votre demande de règlement efficacement et rapidement. Veuillez faire remplir la présente section par le coordonnateur de soins à domicile du programme provincial.

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Numéro de police de la Great-West : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification de la Great-West : \_\_\_\_\_

Nom du coordonnateur de soins à domicile : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Responsable du cas : Veuillez indiquer le niveau de soins que le patient reçoit.

**Aides de maintien à domicile (\*encerclez AIDES-SOIGNANTS / PRÉPOSÉS AUX SERVICES DE SOUTIEN À LA PERSONNE / AUXILIAIRES FAMILIAUX) – par heure**

Fréquence \_\_\_\_\_ Cible de l'intervention \_\_\_\_\_

Date de la fin du traitement \_\_\_\_\_ Nbre maximum d'heures atteint?  Oui  Non

**Visites d'un infirmier praticien**

Fréquence \_\_\_\_\_ Cible de l'intervention \_\_\_\_\_

Date de la fin du traitement \_\_\_\_\_ Nbre maximum d'heures atteint?  Oui  Non

**Soins infirmiers (\*encerclez INF. AUT. / INF. AUX. AUT.)**

Visites à domicile seulement – Fréquence \_\_\_\_\_ Cible de l'intervention \_\_\_\_\_

Quarts de travail à domicile – Fréquence \_\_\_\_\_ Cible de l'intervention \_\_\_\_\_

Date de la fin du traitement \_\_\_\_\_ Nbre maximum d'heures atteint?  Oui  Non

**Gestion de la douleur et des symptômes – soins palliatifs**

Fréquence \_\_\_\_\_ Cible de l'intervention \_\_\_\_\_

Date de la fin du traitement \_\_\_\_\_ Nbre maximum d'heures atteint?  Oui  Non

Signature du responsable du cas \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Partie 4 AUTORISATION À remplir par le participant de régime et le patient**

**J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets. J'atteste que tous les biens et services mentionnés dans la présente demande de règlement ont été reçus par moi, mon conjoint ou les personnes à ma charge; et que mon conjoint ou les personnes à ma charge sont admissibles aux termes de mon régime.**

**La soumission de demandes de règlement frauduleuses est un acte criminel. La Canada Vie prend au sérieux les cas présumés de demandes de règlement frauduleuses et elle pourrait les signaler à votre employeur ou au répondeur de votre régime, ainsi qu'à l'organisme d'application de la loi pertinent.**

*À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé ou de soins dentaires, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.*

*Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.*

*Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou rendez-vous à l'adresse [www.canadavie.com](http://www.canadavie.com).*

Nom du participant de régime \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Nom du patient \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_