

Déclaration du médecin traitant – Demande de prestations d’invalidité de courte durée/Service d’orientation anticipée

Renseignements sur le participant de régime / le salarié et son consentement : À REMPLIR 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 | | Numéro du régime collectif | Numéro d’identification du salarié à la Canada vie |
| Taille | Poids | 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) _____ | |
| <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 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.</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>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) _____ | |

Déclaration du médecin traitant - À remplir par le médecin (ou l’infirmier praticien s’il y a lieu)



- Si votre patient est de retour au travail ou le sera dans les quatre semaines suivant la date de son dernier jour de travail, veuillez remplir la **page 1 uniquement** et apposer votre signature à la fin du formulaire.
- Pour toute absence risquant de durer plus de quatre semaines, veuillez remplir les **pages 1 et 2 au complet**.

VEUILLEZ REMPLIR AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES

Diagnostic primaire : _____

Diagnostic secondaire et/ou complications : _____

En cas de grossesse, date prévue ou réelle de l’accouchement (jj/mm/aaaa) _____ Par voie vaginale Césarienne

| | |
|--|---|
| Maladie professionnelle ou accident de travail Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l’affirmative, date de l’évènement : (jj/mm/aaaa) | Accident d’automobile Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l’affirmative, date de l’évènement : (jj/mm/aaaa) |
| Date de la première consultation avec vous en raison de cette affection : (jj/mm/aaaa) _____ | Date du premier jour d’absence en raison de l’affection : (jj/mm/aaaa) _____ |

Hospitalisation Votre patient est-il / a-t-il été hospitalisé ou a-t-il subi une chirurgie d’un jour
 Date de l’admission (jj/mm/aaaa) : _____ Date du congé (jj/mm/aaaa) : _____ Nom de l’établissement : _____

Si le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description :
 Date (jj/mm/aaaa) : _____ Description : _____

Traitement (médicaments, posologie, physiothérapie, autre) :

Pronostic Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement :

Suite de la Déclaration du médecin traitant – Absence risquant de se prolonger au-delà de quatre semaines

Le patient a-t-il déjà été traité pour cette affection ou pour une affection similaire? Oui Non

Dans l'affirmative, à quelle date (jj/mm/aaaa) : _____ Fournisseur des soins : _____

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

Fréquence des consultations : Hebdomadaire Mensuelle Autre _____

➔ Veuillez 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.

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

Nom du spécialiste : _____ Spécialité : _____ Date de la consultation : _____

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

Veuillez nous faire part de toute complication ou de tout autre trouble de santé influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou la période de rétablissement prévue.

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

Pronostic Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement (s'il n'est pas déjà indiqué à la page 1)

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) | |