

**Déclaration du médecin traitant**

**AFIN QUE NOUS SOYONS EN MESURE DE BIEN ÉVALUER LA DEMANDE DE RÈGLEMENT DE VOTRE PATIENT, IL EST ABSOLUMENT INDISPENSABLE QUE VOUS RÉPONDIEZ ENTIÈREMENT À TOUTES LES QUESTIONS.**

- 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. Il incombe au patient d'acquitter tous les frais, le cas échéant, exigés pour remplir le présent formulaire.

Administrateur des demandes de règlement : La Canada Vie, compagnie d'assurance-vie (la Canada Vie)/Morneau Shepell  
 NUMÉRO DE RÉGIME \_\_\_\_\_

**Partie 1 : Autorisation du patient**

Nom (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ Date de naissance (jour, mois, année) \_\_\_\_\_

Adresse (numéro, 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/ Morneau Shepell, 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/ Morneau Shepell 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 patient \_\_\_\_\_ Date (jour, mois, année) \_\_\_\_\_

**Partie 2 : Déclaration du médecin traitant**

**1 HISTORIQUE DE LA MALADIE**

- a) Date à laquelle les premiers symptômes sont apparus, ou l'accident est survenu : (jour, mois, année) \_\_\_\_\_
- b) Date à laquelle le patient a cessé de travailler en raison de son incapacité : (jour, mois, année) \_\_\_\_\_
- c) Le patient a-t-il déjà été atteint de la même affection ou d'une affection similaire dans le passé?  Oui  Non  Ignore  
 Dans l'affirmative, donnez les dates et des précisions sur l'affection concernée : \_\_\_\_\_
- d) L'invalidité du patient est-elle attribuable à une blessure ou à une maladie liée à la nature de son emploi?  Oui  Non  Ignore
- e) Des formulaires d'une commission des accidents du travail ou de la CNESST ont-ils été remplis?  Oui  Non  Ignore
- f) S'il s'agit d'une grossesse, veuillez préciser la date présumée de l'accouchement : (jour, mois, année) \_\_\_\_\_
- g) Veuillez indiquer le nom et la spécialité des autres médecins traitants : \_\_\_\_\_

h) Taille actuelle \_\_\_\_\_ Poids actuel \_\_\_\_\_

**2 DIAGNOSTIC RELATIF À L'AFFECTION ACTUELLE**

- a) Affection principale \_\_\_\_\_
- b) Autres troubles ou complications \_\_\_\_\_
- c) Symptômes subjectifs (y compris la gravité et la fréquence) \_\_\_\_\_
- d) Observations (veuillez fournir une copie des derniers résultats des radiographies, du tracé de l'ECG, des tests de laboratoire, de la tension artérielle et de toute autre donnée clinique pertinente.) \_\_\_\_\_

Veuillez annexer une copie de vos notes cliniques relatives à cette période d'invalidité, et si possible, une copie de tous les rapports de consultation pertinents.

**3 CAPACITÉ PHYSIQUE (le cas échéant)**

Veuillez indiquer les capacités fonctionnelles du patient, en précisant la durée continue ou le poids. Le patient peut :

S'asseoir \_\_\_\_\_ Se tenir debout \_\_\_\_\_ Marcher \_\_\_\_\_ Soulever des objets \_\_\_\_\_ Porter des objets \_\_\_\_\_ Se pencher \_\_\_\_\_

**4 DATES DES TRAITEMENTS**

- a) Date de la première consultation pour le problème de santé actuel : (jour, mois, année) \_\_\_\_\_
- b) Date de la dernière consultation : (jour, mois, année) \_\_\_\_\_
- c) Fréquence des consultations :  Hebdomadaire  Mensuelle  Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- d) Date d'admission à l'hôpital : (jour, mois, année) \_\_\_\_\_
- e) Date du congé de l'hôpital : (jour, mois, année) \_\_\_\_\_

**5 NATURE DU TRAITEMENT**

- a) Médicaments (y compris la posologie) \_\_\_\_\_
- b) Interventions chirurgicales \_\_\_\_\_
- c) Autres traitements \_\_\_\_\_
- d) Est-ce que le patient suit le traitement recommandé?  Oui  Non (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**6 TROUBLES CARDIAQUES (le cas échéant) Veuillez nous envoyer les résultats des épreuves d'effort et des angiographies ainsi que tout autre document pertinent.**

- a) Capacité fonctionnelle (Société canadienne de cardiologie (SCC))  Niveau 1 (Aucune limitation)  Niveau 2 (Limitations légères)  
 Niveau 3 (Limitations modérées)  Niveau 4 (Limitations graves)
- b) Trois dernières lectures de tension artérielle (inscrivez les dates)
- |             |                          |             |                          |
|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| ____ / ____ | ____ / ____              | ____ / ____ | ____ / ____              |
| Lecture     | Date (jour, mois, année) | Lecture     | Date (jour, mois, année) |

**7 ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT**

- Guérison  Amélioration  Aucune amélioration  Détérioration

**8 TROUBLES MENTAUX OU NERVEUX (le cas échéant)**

- a) Historique de la maladie  
Événements chronologiques déclenchants \_\_\_\_\_  
Problème au travail lié à cette maladie \_\_\_\_\_  
Personnalité prémorbide \_\_\_\_\_  
Diagnostic d'Axe II \_\_\_\_\_  
Dynamique actuelle probante \_\_\_\_\_  
Changements dans les AVQ \_\_\_\_\_  
Facteurs de risques familiaux \_\_\_\_\_  
Progrès réalisé avec le programme de traitement \_\_\_\_\_
- b) Est-ce que les symptômes que présente le patient sont attribuables à l'alcoolisme ou à la toxicomanie?  Oui  Non
- c) Le cas échéant, est-ce que le patient suit un traitement?  Oui  Non  
Dans l'affirmative, veuillez donner le nom de l'établissement. \_\_\_\_\_
- d) Votre patient a-t-il déjà suivi un programme de prévention de la toxicomanie?  Oui  Non  
Le cas échéant, indiquez la date. \_\_\_\_\_

**9 RESTRICTIONS**

- a) Quelles sont les limitations professionnelles du patient? \_\_\_\_\_
- b) Durée prévue des limitations : \_\_\_\_\_

**10 PRONOSTIC**

- a) Pronostic de guérison médicale \_\_\_\_\_
- b) Autres facteurs retardant la guérison \_\_\_\_\_

**11 RÉADAPTATION**

- a) La participation du patient à un programme de réadaptation vous paraît-elle indiquée? (programme cardio-pulmonaire, traitement orthophonique, etc.)  Oui  Non
- b) Recommanderiez-vous un programme de réadaptation professionnelle?  Oui  Non
- c) Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**12 COMMENTAIRES – Veuillez nous fournir tout autre renseignement qui, selon vous, nous permettra de mieux comprendre l'état de santé de votre patient ou ses besoins en matière de traitement.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Spécialité	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)
_____ _____ _____	_____ _____	_____ _____ _____
Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)		
_____ _____ _____		
Signature		Date (jour, mois, année)
_____ _____ _____		_____ _____ _____

Adresse : La Canada Vie/Morneau Shepell  
Bureau 316  
50 chemin Burnhamthorpe O  
Mississauga ON L5B 3C2  
Télécopieur : 1 877 562-9126  
Téléphone : 1 800 465-5812