

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 RÉPONDEZ **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 DIAGNOSTIC (VEUILLEZ UTILISER LES CRITÈRES DE LA CLASSIFICATION DSM-IV)

CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC

Veillez décrire les symptômes (gravité et fréquence) et donner les résultats de tous les examens médicaux ou tests psychologiques qui corroborent chaque axe de votre diagnostic.

Axe I _____
Axe II _____
Axe III _____
Axe IV 0 1 2 3 4 5 6 _____
Axe V Score EGF (Évaluation globale du fonctionnement) actuel _____
Score EGF le plus élevé de l'année écoulée _____
Score EGF le plus bas de l'année écoulée _____

2 HISTORIQUE (Veillez fournir une copie de toutes les notes cliniques et de tous les rapports de consultation pertinents.)

Date de l'apparition des premiers symptômes : (jour, mois, année) _____
Date à laquelle le patient a cessé de travailler en raison de son incapacité : (jour, mois, année) _____
Date de la première consultation ou du premier traitement : (jour, mois, année) _____
Votre patient a-t-il déjà été atteint de cette affection ou d'une affection similaire dans le passé? Oui Non Ignore
Dans l'affirmative, veuillez donner les dates et des précisions sur l'affection concernée. _____

Date de la dernière consultation : JJ / MM / AAAA _____
Fréquence des consultations : Hebdomadaire Mensuelle Autre _____

Traitement de problèmes psychiatriques ou psychologiques

Dates des traitements	Problème traité	Établissement ou prestataire des soins (nom, adresse et spécialité)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Date d'admission à l'hôpital : JJ / MM / AAAA _____ Date du congé de l'hôpital : JJ / MM / AAAA _____

3 FACTEURS DÉCLENCHEURS ET FACTEURS DE COMPLICATION

Veillez cocher tous les facteurs susceptibles d'avoir contribué à l'apparition des problèmes cliniques ou susceptibles de compliquer leur résolution.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problèmes liés au travail | <input type="checkbox"/> Problèmes sociaux ou familiaux | <input type="checkbox"/> Affection physique ou problèmes médicaux |
| <input type="checkbox"/> Problèmes financiers ou juridiques | <input type="checkbox"/> Type de personnalité ou motivation | <input type="checkbox"/> Difficultés d'adaptation |
| <input type="checkbox"/> Alcoolisme ou toxicomanie | <input type="checkbox"/> Autres problèmes | |

Observations : _____

4 TRAITEMENT ACTUEL – PSYCHOTHÉRAPIE OU COUNSELING

Objectif(s) ou thématique de la thérapie : _____
Fréquence et durée des séances de thérapie ou de counseling : _____
Nombre de séances de thérapie ou de counseling à ce jour : _____
Observation du traitement : _____
Réaction du patient au traitement à ce jour : _____
Issue et durée prévues du traitement : _____

Médicaments

Nom du médicament				
Début de la prise (jour, mois, année)				
Posologie initiale				
Réaction initiale				
Dernière modification de la posologie (jour, mois, année)				
Posologie actuelle				
Réaction				
Effets secondaires				
Taux sériques				
Observation de la médication				
Fin du traitement, le cas échéant (jour, mois, année)				

Plan de traitement futur

Quelles modifications envisagez-vous ou êtes-vous en voie d'apporter au plan de traitement actuel? _____

5 PRONOSTIC

Pronostic de guérison : _____
Autres facteurs retardant la guérison : _____
Y a-t-il des restrictions que vous aimeriez imposer au patient à son retour au travail? (cochez la case appropriée) Oui Non
Veuillez préciser. _____

Durée prévue des restrictions : _____

Quelles sont les mesures parmi les suivantes qui ont été prises (ou devraient l'être) pour favoriser le retour au travail de votre patient? (Cochez la case appropriée)

- Réadaptation physique Gestion du stress ou acquisition d'habiletés d'adaptation Renforcement de la confiance en société
 Orientation professionnelle Autres besoins

Observations : _____

6 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