

Déclaration du médecin traitant

AFIN QUE NOUS SOYONS EN MESURE DE BIEN ÉVALUER LA DEMANDE DE PRESTATIONS 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 les prestataires 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 des protections que je peux détenir auprès de la Canada Vie et de l'administration du régime collectif.

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/Morneau Shepell et administrer le régime collectif. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada Vie/Morneau Shepell de traiter ma ou mes demandes de règlement et que le refus de consentir peut entraîner du retard ou le refus de ma ou 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 (jour, mois, année) _____

Partie 2 : Déclaration du médecin traitant

1 DIAGNOSTIC RELATIF À L'AFFECTION ACTUELLE (Veuillez fournir une copie de toutes les notes cliniques et de tous les résultats des tests et des rapports de consultation pertinents au dossier.)

Affection principale _____ Affection secondaire _____

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) _____

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. _____

L'invalidité du patient est-elle attribuable à une blessure ou à une maladie liée à la nature de son emploi? Oui Non Ignore

Des formulaires de demande de prestations auprès d'une commission sur les accidents de travail ou de la CNESST ont-ils été remplis?

Oui Non Ignore

Date de la dernière consultation : ____/____/____
JJ MM AAAA

Fréquence des consultations : Hebdomadaire Mensuelle Autre _____

Date d'admission à l'hôpital : ____/____/____
JJ MM AAAA

Date du congé de l'hôpital : ____/____/____
JJ MM AAAA

Nom des autres médecins traitants : _____

2 SYMPTÔMES

Douleur au niveau de la région Cervicale Thoracique Lombo-sacrée Raideurs ou amplitude articulaire restreinte

Faiblesse ou incoordination subjectives Paresthésie ou sensation radiculaire anormale ou dermatome

au bras à la jambe au tronc

Autres (veuillez préciser) _____

3 SIGNES PHYSIQUES

Spasmes musculaires manifestes

Perte ou distorsion de la courbe normale de la colonne vertébrale

Déficits neurologiques : Force Oui Non Dans l'affirmative, expliquez : _____

Perte sensorielle Oui Non Dans l'affirmative, expliquez : _____

Réflexes Oui Non Dans l'affirmative, expliquez : _____

Limitation des mouvements : Flexion avant _____ degrés Rotation _____ degrés

Flexion latérale _____ degrés Élévation de la jambe tendue _____ degrés

Symptômes sûrs et récurrents (veuillez les énumérer) : _____

Limitations empêchant le retour au travail : _____

4 TRAITEMENT

Médicaments (posologie, fréquence de prise et date de prescription) : _____

Physiothérapie (nature, fréquence et dates correspondantes) : _____

Date de la dernière intervention chirurgicale : ____/____/____ Nature de l'intervention : _____
JJ MM AAAA

Date de la prochaine intervention chirurgicale : ____/____/____ Nature de l'intervention : _____
JJ MM AAAA

Autres traitements : _____

Le patient observe-t-il le traitement prescrit? Oui Non Dans la négative, veuillez expliquer. _____

5 RÉSULTATS DES EXAMENS DE LABORATOIRE

		JJ	MM	AAAA		JJ	MM	AAAA
Radiographies	_____	___	/	___	/	___	/	___
Examens TDM/IRM	_____	___	/	___	/	___	/	___
Électromyogrammes	_____	___	/	___	/	___	/	___
Autres	_____	___	/	___	/	___	/	___

VEUILLEZ ANNEXER UNE COPIE DES RÉSULTATS DES EXAMENS PERTINENTS.

6 RESTRICTIONS ET LIMITATIONS

Nombre total d'heures

Capacité fonctionnelle : S'ASSEOIR	8	7	6	5	4	3	2	1	Autre	_____
RESTER DEBOUT	8	7	6	5	4	3	2	1	Autre	_____
MARCHER	8	7	6	5	4	3	2	1	Autre	_____

Quels sont les facteurs spécifiques, le cas échéant, qui compromettent la capacité du patient de s'asseoir, de rester debout ou de marcher?

Quels sont les appareils qui pourraient aider le patient à s'asseoir, à se tenir debout ou à marcher? _____

	De façon continue	Fréquemment	À l'occasion	Patient en mesure de :	Fréquence ou durée
Soulever ou transporter	moins de 10 livres ou 5 kg			Conduire un véhicule	
	plus de 10 livres ou 5 kg			S'accroupir	
	plus de 20 livres ou 10 kg			Se tenir en équilibre	
Pousser ou tirer	plus de 50 livres ou 25 kg			Se pencher / courber le dos	
	moins de 10 livres ou 5 kg			Faire des mouvements de rotation	
	plus de 10 livres ou 5 kg			S'agenouiller / s'asseoir sur ses talons	
	plus de 20 livres ou 10 kg			Monter les escaliers	
	plus de 50 livres ou 25 kg			Étendre les bras à la hauteur des épaules	
			Étendre les bras au-dessus des épaules		
			Étendre les bras au-dessous des épaules		

7 PRONOSTIC

Y a-t-il des restrictions que vous aimeriez imposer au patient à son retour au travail? Oui Non

Veillez préciser. _____

Durée prévue des restrictions : _____

L'évaluation et le traitement s'avèrent plus difficiles en raison : (veuillez cocher et fournir des explications dans l'espace prévu à cet effet ci-dessous) :

- de troubles affectifs ou de comportement graves, comme la dépression, l'anxiété, etc.
- de l'exagération des symptômes, de constatations cliniques incompatibles, de plaintes subjectives exagérées par rapport aux constatations objectives, d'observations bizarres ou contradictoires
- de problèmes liés au travail (veuillez les décrire si vous les connaissez) :
- d'autres raisons (veuillez préciser) _____

Réadaptation :

- a) Le patient serait-il un bon candidat aux services de réadaptation médicale? Oui Non
- b) Le patient serait-il un bon candidat à la réadaptation professionnelle? Oui Non
- c) Dans l'affirmative, veuillez préciser. _____

8 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