

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 DIAGNOSTIC RELATIF A L'AFFECTION ACTUELLE (Veuillez fournir une copie de toutes les notes cliniques et de tous les rapports de consultation pertinents.)

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. _____
 Date de la dernière consultation : ____/____/____
 Fréquence des consultations : Hebdomadaire Mensuelle Autre _____
 Date d'admission à l'hôpital : ____/____/____ Date du congé de l'hôpital : ____/____/____
 Symptômes (Veuillez décrire la gravité, la fréquence et la durée.) _____

2 POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Articulations touchées : _____
 Y a-t-il des signes manifestes de synovite et de déformation articulaire? Oui Non
 Y a-t-il des signes de contracture, d'ankylose ou d'atteinte au niveau de l'amplitude des mouvements? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez les décrire. _____
Observations de laboratoire
 Présence de liquide synovial _____ Présence d'anticorps antinucléaires (ANA) _____ Normale _____
 Facteur rhumatoïde _____ Normale _____
 Changements histologiques depuis la biopsie _____ Vitesse de sédimentation _____ Normale _____
 Autres (veuillez préciser) _____
 Les résultats des radiographies sont-ils caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde ou sont-ils compatibles avec cette affection? Oui Non
 Résultats du traitement chirurgical : _____

3 ARTHROSE

Articulations touchées : _____
 Y a-t-il des signes de déformation articulaire ou de limitation des mouvements? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez les décrire. _____
 Les résultats des radiographies sont-ils caractéristiques d'une maladie dégénérative des articulations? Oui Non
 Résultats du traitement médical ou chirurgical : _____

4 AUTRES AFFECTIONS RHUMATISMALES

Syndrome de Reiter Spondylarthrite ankylosante
 Affection du tissu conjonctif _____ Autres _____
 Les résultats des radiographies confirment-ils le diagnostic? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez les décrire. _____

VEUILLEZ ANNEXER UNE COPIE DES RÉSULTATS DES EXAMENS PERTINENTS

