

# Déclaration du médecin traitant – Demande de prestations d'invalidité de courte durée

Tous les honoraires exigés pour remplir la déclaration sont à la charge du patient.

## Renseignements sur le participant au régime/salarié et consentement – À remplir par le patient

Nom du participant/salarié (nom de famille, prénom)		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Téléphone au domicile (avec indicatif régional)	Cellulaire (avec indicatif régional)
Adresse (rue, ville, province, code postal)				
Nom de l'employeur		Numéro du contrat		Numéro du certificat du participant
Taille	Poids		Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____	
Dernier jour de travail (jj/mm/aaaa) _____			Date réelle ou prévue du retour au travail (jj/mm/aaaa) _____	

J'autorise par la présente la communication à \_\_\_\_\_ (société d'assurances) ou à ses mandataires des renseignements médicaux et sur ma santé figurant dans mon dossier pour l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et pour l'administration du régime. Les renseignements médicaux et sur la santé comprennent, sans toutefois s'y limiter, copie de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers d'hospitalisation. Il est entendu que je peux révoquer mon consentement en tout temps, mais que sans celui-ci ma demande de prestations pourrait ne pas être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir le présent formulaire sont à ma charge. Une copie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original. Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant/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 s'il est prévu qu'il le soit dans les 4 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 les absences risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir les **pages 1 et 2 au complet**.

**VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES.**

Diagnostic primaire : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire ou complications : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

S'il s'agit d'un accouchement – Date prévue ou réelle (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Voie vaginale  Césarienne

Maladie professionnelle ou accident du travail? Oui  Non   
Dans l'affirmative, précisez la date. (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Accident de la route? Oui  Non   
Dans l'affirmative, précisez la date. (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Date de votre première consultation avec le patient  
relativement à cette affection  
(jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Date du premier jour d'absence du travail en raison de  
l'affection  
(jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

**Hospitalisation** Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé?  ou a-t-il subi une intervention de chirurgie ambulatoire?

Date d'admission (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Date de sortie (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** (médicament, posologie, physiothérapie, autre)

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

**Pronostic** Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement.

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

**Suite de la déclaration du médecin traitant – Si l'absence risque de se prolonger au-delà de 4 semaines**

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection ou pour une affection semblable? Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez la date. (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Fournisseur du traitement : \_\_\_\_\_

Veillez décrire les symptômes (histoire, gravité, fréquence, etc.). \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fréquence des consultations :  Hebdomadaire  Mensuelle  Autre \_\_\_\_\_



**Veillez joindre à la présente une copie de tous les documents pertinents :**

- résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué) – ne pas fournir de résultats de tests génétiques
- rapports de consultation

**Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient a consulté ou consultera un spécialiste relativement à l'affection.**

Nom du spécialiste \_\_\_\_\_ Spécialité \_\_\_\_\_ Date de la consultation \_\_\_\_\_

À la lumière des résultats cliniques et de vos observations, veuillez décrire les restrictions et limitations cognitives ou physiques actuelles du patient.

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

Veillez nous faire part de toute complication ou de toute autre affection influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou sur la période de convalescence prévue.

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

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

Avez-vous des inquiétudes quant à la capacité du patient de gérer ses propres affaires? Oui  Non

**Pronostic** Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement (sauf si déjà indiqué en page 1).

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

**Avis au médecin**

Les renseignements figurant dans le présent formulaire seront versés à un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou de l'administrateur du régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi.

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Spécialité du médecin	Date de signature (jj/mm/aaaa)
Adresse		Téléphone (avec indicatif régional) Télécopieur (avec indicatif régional)

Signature ou tampon