

Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité

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

Partie 1	Information et consentement du patient À REMPLIR PAR LE PATIENT		
Nom du patient (nom de famille, prénom ou prénoms)		Téléphone au domicile (avec indicatif régional)	Cellulaire (avec indicatif régional)
Adresse (rue, ville, province, code postal)			
Nom de l'employeur (le cas échéant)	Numéro du contrat ou de la police	Numéro du certificat (le cas échéant)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Dernier jour de travail (jj/mm/aaaa) _____		Date réelle ou prévue du retour au travail (jj/mm/aaaa) _____	
Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement :			Indiquez vos :
Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence	Taille : _____
1. _____	_____	_____	Poids : _____
2. _____	_____	_____	Main dominante :
3. _____	_____	_____	Gauche Droite
4. _____	_____	_____	
5. _____	_____	_____	
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/de la police d'assurance. 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 ne pourra pas être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir le présent formulaire sont à ma charge. Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques. Signature du patient _____ Date du consentement (jj/mm/aaaa) _____			
Partie 2	Déclaration médicale – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN (ou le professionnel de la santé concerné)		
Je suis : le médecin de famille un spécialiste-conseil autre (préciser) _____			
VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES.			
Diagnostic			
Diagnostic primaire : _____			

Diagnostic secondaire ou complications : _____			

S'il s'agit d'un accouchement – Date prévue ou réelle (jj/mm/aaaa) : _____ Vaginal Par césarienne			

La condition est-elle attribuable : à une maladie professionnelle? Oui Non à un accident du travail? Oui Non à un accident de la route? Oui Non à un autre type d'accident? Oui Non		
Dans l'affirmative, précisez la date (jj/mm/aaaa) : _____		
Avez-vous récemment rempli d'autres demandes de prestations d'invalidité relativement à ce patient? Oui Non Dans l'affirmative, qui en a fait la demande? (autre assureur, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) _____		
Date de votre première consultation avec le patient relativement à cette condition (jj/mm/aaaa) : _____	Date du premier jour d'absence du travail en raison de la condition (jj/mm/aaaa) : _____	
Traitement		
Par exemple, programme spécial, thérapeutique, médicaments (sauf si déjà indiqués par le patient à la Partie 1) _____ _____ _____		
Fréquence des consultations : Hebdomadaire Mensuelle Autre (préciser) _____ Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa) : _____ Date de la prochaine consultation (jj/mm/aaaa) : _____		
Le patient a-t-il déjà été traité pour la même condition ou pour une condition semblable? Oui Non Je ne sais pas Dans l'affirmative, précisez la date. (jj/mm/aaaa) : _____ Fournisseur du traitement : _____		
Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui Non Veuillez expliquer. _____		
Réponse au traitement		
Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent? Réponse complète Réponse partielle Aucune réponse Trop tôt pour se prononcer		
Prévoit-on modifier ou intensifier le programme de traitement actuel? Oui Non Dans l'affirmative, précisez. _____		
Hospitalisation		
Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? Oui Non Une hospitalisation est-elle prévue? Oui Non A-t-il subi ou doit-il subir une intervention chirurgicale ambulatoire? Oui Non Veuillez fournir les renseignements suivants ou joindre une copie du rapport d'admission, du rapport de sortie, et/ou du rapport de chirurgie :		
Date d'admission (jj/mm/aaaa)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)	Nom de l'établissement
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Si le patient a subi ou doit subir une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description.

Date (jj/mm/aaaa)

Description

1. _____

2. _____



- Si votre patient a repris le travail, ou si la durée prévue de son invalidité est de moins de 4 semaines, veuillez vous arrêter ici et apposer votre signature à la fin du formulaire.
- Pour l'invalidité risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir toutes les pages.

Examens



Veuillez 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
- notes cliniques

Le patient est-il en attente de tests/d'examens? Oui Non

Date (jj/mm/aaaa)

Description

1. _____

2. _____

Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient consultera un spécialiste relativement à la condition.

Oui Non

Nom du spécialiste

Spécialité

Date (jj/mm/aaaa)

1. _____

2. _____

Résultats cliniques et observations

Veuillez décrire les symptômes (histoire, gravité, fréquence, etc.). _____

Indiquez si les symptômes du patient ont évolué jusqu'à présent. Amélioration Aucune évolution Détérioration

Restrictions et limitations

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

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis frappé de restrictions ou révoqué par suite de la condition? Oui Non Dans l'affirmative, quand? (jj/mm/aaaa) : _____ Type de permis : _____		
Le patient est-il capable de gérer ses propres affaires? Oui Non		
Y a-t-il d'autres facteurs dont vous avez connaissance qui pourraient influencer sur la durée prévue de la période de convalescence et sur les objectifs de retour au travail du patient? Oui Non Problèmes sur le lieu de travail Problèmes sociaux/familiaux Problèmes financiers/juridiques Problèmes de personnalité Dépendance Autre Veuillez préciser. _____ _____ _____		
Pronostic		
Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient ou son rétablissement. _____ _____ _____		
Retour au travail		
Quels sont les objectifs de retour au travail dont vous avez discuté avec le patient? Veuillez préciser. _____ _____ _____		
Avis au médecin/professionnel de la santé		
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/professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)	Spécialité et numéro de permis/d'inscription	Date de signature (jj/mm/aaaa)
Adresse (rue, ville, province, code postal)	Téléphone (avec indicatif régional)	
	Télécopieur (avec indicatif régional)	
	Courriel	
Signature		