

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 <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/>	
4. _____		_____		_____			
5. _____		_____		_____			
<p>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.</p>							
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 <input type="checkbox"/> un spécialiste-conseil <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> Par césarienne <input type="checkbox"/>							

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