

Déclaration du promoteur de régime

Assurance collective

Demande de prestations d'invalidité de courte durée

- À remplir par le promoteur de régime.
- Veuillez écrire lisiblement en lettres moulées et répondre à toutes les questions.
- Veuillez joindre tous renseignements complémentaires dont, selon vous, nous devrions tenir compte lors de l'étude de la demande du participant.
- Veuillez remettre au participant une *Déclaration du participant* et une *Déclaration du médecin traitant* à l'intention du médecin de famille ou du spécialiste traitant. Demandez au participant de remplir la section Autorisation du patient de la *Déclaration du médecin traitant* à la page 6 avant de remettre celle-ci à son médecin.

Faites parvenir le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Canadian Benefits Consulting Group
 2300 Yonge Street, Suite 3000
 P.O. Box 2426
 Toronto (Ontario) M4P 1E4
 Télécopieur : 416 488-7774

1 Promoteur de régime	N° de contrat 71405	N° de division	Nom de la compagnie Unifor section locale 2002			
	Adresse (numéro, rue)		Ville	Province	Code postal	
	Personne-ressource		Titre	N° de téléphone	N° de télécopieur	
	Contribution du promoteur de régime aux primes ICD _____ % <input type="radio"/> Non imposable					
2 Identité du participant	Nom et prénom				<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	
	N° de certificat du participant	N° de division	Catégorie	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)		
3 Renseignements sur le participant	Date d'entrée en service (jj/mmmm/aaaa)		Date d'effet de la couverture (jj/mmmm/aaaa)			
	Titre du poste du participant					
	Nombre d'heures de travail du participant <input type="radio"/> À temps plein _____ Hres par semaine <input type="radio"/> À temps partiel _____ Hres par semaine <input type="radio"/> Travail par quarts _____ Quarts par semaine <input type="radio"/> Autre _____ Hres par semaine					
	Si les quarts ou cycles de travail du participant ne sont pas réguliers, veuillez fournir des précisions et joindre une copie de l'horaire de travail.					
	Dernier jour de travail (jj/mmmm/aaaa)		Nbre d'heures travaillées ce jour-là	Jour/quarter de travail suivant prévu à l'horaire avant l'invalidité		
	Raison de l'arrêt de travail <input type="radio"/> Maladie <input type="radio"/> Blessure <input type="radio"/> Mise à pied <input type="radio"/> Congé autorisé <input type="radio"/> Licenciement <input type="radio"/> Démission <input type="radio"/> Grève <input type="radio"/> Autre _____					
	Le participant est-il retourné au travail? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non					
Si oui, indiquez la date (jj/mmmm/aaaa) de retour au travail.			Si non, indiquez la date (jj/mmmm/aaaa) prévue du retour au travail.			
La couverture a-t-elle pris fin? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non						
Date (jj/mmmm/aaaa)		Raison			Si oui, à quelle date et pour quelle raison?	
4 Renseignements sur le salaire et la couverture du participant	<i>Veuillez fournir les renseignements suivants OU copie du dernier relevé de paie.</i>					
	Salaire de base au dernier jour de travail		Fréquence de paie			
	\$ _____		<input type="radio"/> Horaire <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Tous les quinze jours <input type="radio"/> Bimensuelle <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Annuelle			
	Commissions (s'il y a lieu) _____ (Fournir le feuillet T4A conformément aux dispositions du contrat.)		Date du dernier changement de salaire (jj/mmmm/aaaa)			
Autres revenus (s'il y a lieu) _____ \$ _____ (Heures supplémentaires, gratifications, primes de quart, conformément aux dispositions du contrat)						

5 Renseignements fiscaux

Ne remplir que si les prestations sont imposables.

Veillez fournir les renseignements suivants **OU** un formulaire TD1 ou TP1 dûment rempli.

TD1	TP1	Pourcentage à déduire %	Province du domicile du participant aux fins de l'impôt sur le revenu
-----	-----	-------------------------	---

6 Revenus additionnels

Veillez indiquer si ces revenus ont été versés.

REVENU/ INDEMNITÉ	VERSÉ/PAYABLE		HEBDOMADAIRE	TOUS LES QUINZE JOURS	MENSUEL	VERSÉ DU (jj/mmmm/aaaa)	AU (jj/mmmm/aaaa)	MONTANT
	Oui	Non						
Assurance-salaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			\$
Congé de maladie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			\$
Paie de vacances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			\$
Indemnité de départ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			\$
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			\$

7 Renseignements sur la demande de prestations pour accident du travail

Veillez fournir copie des renseignements reçus de toute commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail.

L'invalidité actuelle est-elle attribuable à un accident ou à une maladie lié au travail? Oui Non

Si oui, une demande de prestations a-t-elle été présentée à une commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail? Oui Non

Si non, pour quelle raison?

Veillez fournir copie du compte rendu de l'accident ou de la maladie.

Personne-ressource à la commission*	N° de téléphone	N° de télécopieur
N° de la demande de règlement	Date du début de l'indemnisation (jj/mmmm/aaaa)	Date de la fin de l'indemnisation (jj/mmmm/aaaa)

Où en est l'étude de la demande? En cours Demande approuvée Demande refusée

* Toutes prestations versées, en cas de maladie ou de blessure liée au travail, par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) ou toute autre commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail.

8 Renseignements sur le travail

Quelles sont les tâches principales du participant (p. ex. faire fonctionner de la machinerie, accomplir des tâches de supervision, s'occuper du service à la clientèle, entretenir du matériel mécanique, utiliser un ordinateur, etc.)?

9 Exigences de l'emploi

Cette section permet de recueillir des renseignements sur les activités physiques que le participant exerce dans le cadre de son emploi. Si vous possédez une analyse des exigences physiques, veuillez nous la fournir, **OU** veuillez remplir la présente section.

Exigences de l'emploi	Activité	Poids maximal (lb)	Fréquence		
	Soulever		<input type="radio"/> Peu souvent	<input type="radio"/> Souvent	<input type="radio"/> Constamment
	Transporter		<input type="radio"/> Peu souvent	<input type="radio"/> Souvent	<input type="radio"/> Constamment
	S'asseoir		<input type="radio"/> Peu souvent	<input type="radio"/> Souvent	<input type="radio"/> Constamment
	Se tenir debout		<input type="radio"/> Peu souvent	<input type="radio"/> Souvent	<input type="radio"/> Constamment
	Marcher		<input type="radio"/> Peu souvent	<input type="radio"/> Souvent	<input type="radio"/> Constamment

10 Travail modifié

Avant que le participant cesse de travailler, est-ce que sa maladie ou sa blessure a entraîné des changements dans ses tâches, le nombre d'heures travaillées ou son rendement? Si oui, veuillez expliquer.

11 Déclaration

Je certifie que tous les renseignements fournis sont à ma connaissance véridiques et complets.

Signataire autorisé	Titre
N° de téléphone ()	Date (jj/mmmm/aaaa)

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité auquel pourraient avoir accès le participant, les tiers dûment autorisés ou les personnes autorisées par la loi. En fournissant ces renseignements, vous consentez à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.

Déclaration du participant

Assurance collective

Demande de prestations d'invalidité de courte durée

- À remplir par le participant.
- Veuillez écrire lisiblement en lettres moulées et répondre à toutes les questions.
- Des déclarations supplémentaires peuvent être présentées en cas de manque d'espace.
- **Tous frais demandés par votre médecin pour remplir la *Déclaration du médecin traitant* ou pour fournir des copies de dossiers sont à votre charge.**

Faites parvenir le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Canadian Benefits Consulting Group
 2300 Yonge Street, Suite 3000
 P.O. Box 2426
 Toronto (Ontario) M4P 1E4
 Télécopieur : 416 488-7774

1 Renseignements sur le participant Vos numéros de contrat et de certificat figurent sur votre carte d'avantages sociaux.	N° de contrat 71405	N° de certificat du participant		
	Nom du promoteur de régime Unifor section locale 2002		Titre du poste	
	Nom et prénom du participant		<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
	Numéro d'assurance sociale	Langue : <input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Français	Taille	Poids
	Adresse (numéro, rue et appartement, boîte postale)			
	Ville		Province	Code postal
	N° de téléphone ()	N° de télécopieur	Nombre et âge des personnes à charge	
2 Renseignements sur la demande	Dernier jour de travail (jj/mmmm/aaaa)			
	Emploi et lieu de travail au dernier jour de travail			
	Votre blessure ou affection est-elle attribuable à un accident? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <i>Si non, passez à la section 3.</i> Quel genre d'accident?			
	<input type="radio"/> Accident d'automobile <input type="radio"/> Accident de travail <input type="radio"/> Autre			
	Compagnie d'assurance automobile	Personne-ressource	N° de téléphone de la personne-ressource ()	
	Décrivez comment et quand la blessure est survenue.		Date de l'accident (jj/mmmm/aaaa)	
			Heure de l'accident <input type="radio"/> a.m. <input type="radio"/> p.m.	
Des poursuites judiciaires ont-elles été intentées? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <i>Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :</i>				
Nom de l'avocat		N° de téléphone ()		
La police a-t-elle enquêté sur l'événement? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <i>Si oui, veuillez fournir copie du rapport de police.</i>				
3 Renseignements médicaux Veuillez fournir le nom de tous les médecins consultés en raison de la présente affection.	Nom du médecin/spécialiste		Date approximative de la première consultation pour la présente affection (jj/mmmm/aaaa)	
	Adresse du médecin (numéro et rue)		Bureau	
	Date de la prochaine visite (jj/mmmm/aaaa)			
	Ville	Province	Fréquence des visites	
	Code postal	N° de téléphone ()	Type de praticien	

3 Renseignements médicaux (suite)

Veillez fournir le nom de tous les médecins consultés en raison de la présente affection.

Nom du médecin/spécialiste		Date approximative de la première consultation pour la présente affection	(jj/mmmm/aaaa)
Adresse du médecin (numéro et rue)		Bureau	Date de la prochaine visite (jj/mmmm/aaaa)
Ville	Province	Fréquence des visites	
Code postal	N° de téléphone ()	Type de praticien	

4 Renseignements sur le travail

Quelles sont les tâches de votre emploi?

Quand prévoyez-vous retourner au travail? Date (jj/mmmm/aaaa)

5 Renseignements sur les revenus et les prestations

Touchez-vous les prestations suivantes ou en avez-vous fait la demande? **Le cas échéant, veuillez fournir copie des relevés de prestations, ou des lettres d'acceptation ou de refus.**

Il est important de déclarer immédiatement toutes les sources de revenu. Celles-ci pourraient avoir une incidence sur les prestations pouvant être versées.

TYPE DE PRESTATION	NUMÉRO DU DOSSIER OU DE LA DEMANDE	Durée de l'indemnisation (jj/mmmm/aaaa)	FRÉQUENCE					MONTANT	
			DÉBUT	FIN	HEBDOMADAIRE	TOUS LES QUINZE JOURS	MENSUELLE		SOMME FORFAITAIRE
Indemnité pour accident du travail*					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$
Assurance automobile					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$
Assurance-emploi					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$
Autre					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$

* Toutes prestations versées, en cas de maladie ou de blessure liée au travail, par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) ou toute autre commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail.

6 Attestation, entente et autorisation

Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire, et ceux que je fournirai oralement ou par écrit dans l'avenir, sont à ma connaissance véridiques et complets. Je reconnais que si je fournis des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, ma demande de règlement peut être refusée et ma couverture prendre fin.

J'accepte de rembourser toutes sommes que je pourrais devoir à la Financière Manuvie conformément aux dispositions du contrat d'assurance collective souscrit auprès de la Financière Manuvie et j'autorise celle-ci à déduire ces sommes de mes prestations.

La Financière Manuvie effectuera des recherches dans le cadre de l'étude de la présente demande et pourrait avoir besoin de renseignements me concernant, notamment en rapport avec mes activités, mon revenu, mon emploi, mon instruction, ma formation, mon état de santé, mes antécédents médicaux et traitements, y compris les notes cliniques.

J'autorise toute personne physique ou morale détenant des renseignements à mon sujet, notamment tout employeur, administrateur de régime, professionnel de la santé, établissement de soins de santé, pharmacie ou autre établissement lié d'une manière ou d'une autre aux soins de santé, fournisseur de services de réadaptation, assureur, administrateur de régimes de l'État ou de programmes d'avantages sociaux, agence d'enquête ainsi que le Bureau de renseignements médicaux, à divulguer ces renseignements à la Financière Manuvie ou à ses prestataires de services lorsqu'ils sont nécessaires dans le cadre de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications, du traitement de ma demande et d'évaluations par des médecins indépendants.

J'autorise la Financière Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services à recueillir, utiliser, conserver et échanger entre eux ou avec les personnes physiques ou morales susmentionnées tous les renseignements nécessaires dans le cadre de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications, du traitement de ma demande et d'évaluations par des médecins indépendants.

J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale (NAS) à des fins de déclaration fiscale. Si mon NAS correspond à mon numéro de certificat, j'autorise également son utilisation à des fins d'identification et d'administration. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente déclaration est aussi valide que l'original.

Je comprends que je peux obtenir de l'information sur la politique de la Financière Manuvie en matière de protection des renseignements personnels et me renseigner sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation, la conservation et la divulgation des renseignements personnels en présentant une demande à la Financière Manuvie, en consultant son site Web à l'adresse www.manuvie.ca ou en m'adressant au promoteur du régime.

Je comprends que tous renseignements personnels reçus ou recueillis par la Financière Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès aux renseignements versés à mon dossier :

- les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de la Financière Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que j'ai autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

J'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

Signature du participant	Date (jj/mmmm/aaaa)
--------------------------	---------------------

Autorisation et directives Assurance collective

Faites parvenir le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Canadian Benefits Consulting Group
 2300 Yonge Street, Suite 3000
 P.O. Box 2426
 Toronto (Ontario) M4P 1E4
 Télécopieur : 416 488-7774

Objet :

Nom du participant	
Nom du promoteur de régime Unifor section locale 2002	Numéro de contrat
<p>Je soussigné(e), _____, autorise par la présente la Financière Manuvie, Canadian Benefits Consulting Group et ses mandataires de OHI (Organizational Health Inc.) à divulguer au Conseil d'administration du régime de la fiducie d'invalidité, à l'administrateur du régime et à mon employeur des renseignements sur l'état de ma demande de prestations d'invalidité et sur toute demande d'indemnités pour accident du travail que je pourrais présenter, notamment les renseignements portant sur mon admissibilité aux indemnités et l'évaluation de ma demande.</p> <p>J'autorise également le Conseil d'administration à divulguer à la section locale 2002 des TCA, y compris ses employés et mandataires, des renseignements sur toute demande d'indemnités pour accident du travail que je pourrais présenter, notamment les renseignements portant sur mon admissibilité aux indemnités et l'évaluation de ma demande. Je comprends que ces renseignements seront recueillis aux fins de l'administration du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité et aux fins du traitement de ma demande d'indemnités pour accident du travail, laquelle pourrait avoir des répercussions sur mes droits et mon admissibilité au titre du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité.</p> <p>Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps mais que le retrait de mon consentement pourrait empêcher la section locale 2002 des TCA ou le Conseil d'administration de prêter leur assistance au traitement de ma demande d'indemnités pour accident du travail ou à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité au titre du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité.</p>	
Signature	Date
Fait à _____ le _____ 20 _____.	
Signature du témoin	Signature du participant
Nom du témoin	
Adresse du témoin	

Autorisation – virement automatique

Veillez écrire en lettres moulées.

Remarque : institutions établies au Canada seulement

Si votre demande de prestations est approuvée, la Financière Manuvie versera les prestations dans votre compte bancaire par virement automatique. Veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous.

<input type="radio"/> Compte d'épargne (veuillez obtenir le bon numéro d'institution auprès de votre institution)			
<input type="radio"/> Compte-chèques (veuillez joindre une formule de chèque portant la mention « nul »)			
Nom de la banque, de la société de fiducie, de la caisse populaire, etc.	N° de domiciliation	N° de l'institution	N° de compte
Adresse de la succursale	Nom du détenteur du compte		
Ville	Province		
Signature du participant	Date		

Déclaration du médecin traitant

Assurance collective

Demande de prestations d'invalidité de courte durée

La présente déclaration aidera la Financière Manuvie à évaluer la demande de prestations d'invalidité de votre patient. Veuillez fournir tous les détails nécessaires concernant les antécédents, les résultats des examens physiques et diagnostiques, la méthode clinique, le traitement et la réponse au traitement. **VEUILLEZ AVOIR L'OBLIGEANCE, DANS L'INTÉRÊT DE VOTRE PATIENT, DE REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE LE PLUS TÔT POSSIBLE AFIN D'ÉVITER TOUT RETARD DANS LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE DE PRESTATIONS. VEUILLEZ CONSERVER UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS.**

Faites parvenir le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Canadian Benefits Consulting Group
 2300 Yonge Street, Suite 3000
 P.O. Box 2426
 Toronto (Ontario) M4P 1E4
 Télécopieur : 416 488-7774

1 Autorisation du patient

Nom du patient (nom de famille et prénom)	N° de contrat 71405	N° de certificat du participant
Adresse		
Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Taille	Poids
<p>J'autorise par la présente que soient communiqués à la Financière Manuvie, à Canadian Benefits Consulting Group et à ses mandataires de OHI (Organizational Health Inc.) tous les renseignements médicaux figurant dans mon dossier, incluant, mais sans s'y limiter, copie des rapports de consultation, des notes cliniques, des résultats de tests et des dossiers d'hospitalisation, aux fins de l'administration du régime et de l'évaluation de ma demande de prestations. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour la rédaction de la présente déclaration sont à ma charge.</p>		
Signature du patient		Date (jj/mmmm/aaaa)

2 Déclaration du médecin traitant

A. Antécédents

Date de l'accident ou de l'apparition des premiers symptômes	Date (jj/mmmm/aaaa)												
Date à laquelle le patient a cessé de travailler à cause de sa maladie ou de sa blessure	Date (jj/mmmm/aaaa)												
Le patient a-t-il déjà souffert de la même affection ou d'une affection similaire?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non												
Si oui, veuillez en donner la date et la description.													
L'affection du patient est-elle attribuable à une maladie professionnelle ou à un accident du travail?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas												
Une demande de prestations a-t-elle été présentée à une commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non												
Le patient a-t-il été hospitalisé?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non												
Veuillez joindre tout résumé à l'entrée à l'hôpital et à la sortie dont vous disposez.													
Si oui, ►	<table border="1"> <tr> <td>Date d'entrée (jj/mmmm/aaaa)</td> <td>Date de sortie (jj/mmmm/aaaa)</td> </tr> <tr> <td>Date d'entrée (jj/mmmm/aaaa)</td> <td>Date de sortie (jj/mmmm/aaaa)</td> </tr> <tr> <td>Date d'entrée (jj/mmmm/aaaa)</td> <td>Date de sortie (jj/mmmm/aaaa)</td> </tr> </table>	Date d'entrée (jj/mmmm/aaaa)	Date de sortie (jj/mmmm/aaaa)	Date d'entrée (jj/mmmm/aaaa)	Date de sortie (jj/mmmm/aaaa)	Date d'entrée (jj/mmmm/aaaa)	Date de sortie (jj/mmmm/aaaa)						
Date d'entrée (jj/mmmm/aaaa)	Date de sortie (jj/mmmm/aaaa)												
Date d'entrée (jj/mmmm/aaaa)	Date de sortie (jj/mmmm/aaaa)												
Date d'entrée (jj/mmmm/aaaa)	Date de sortie (jj/mmmm/aaaa)												
Nom, spécialité et adresse de tout autre médecin traitant	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nom</th> <th>Spécialité</th> <th>Adresse</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Nom	Spécialité	Adresse									
Nom	Spécialité	Adresse											

B. Diagnostic

a) Diagnostic primaire	
b) Veuillez indiquer toute autre affection ou complication.	
c) Symptômes subjectifs	
d) Veillez joindre copie des documents suivants pour étayer votre diagnostic : notes de consultation, rapports d'épreuve ou d'investigation, résultats de tests psychologiques, comptes rendus opératoires, résumés à l'entrée à l'hôpital et à la sortie.	
Si la patiente est ou était enceinte, veuillez indiquer la date prévue ou réelle de l'accouchement.	(jj/mmmm/aaaa)

3 Traitement

Fréquence des visites	Hebdomadaire	Date de la première visite (jj/mmmm/aaaa)	Date de la dernière visite (jj/mmmm/aaaa)
	Mensuelle	Date de toutes les visites entre la première et la dernière (jj/mmmm/aaaa)	
	Autre (précisez)		

Nature du traitement (y compris intervention chirurgicale, physiothérapie, psychothérapie, médicaments prescrits et posologie)

Quand prévoyez-vous un changement important dans les limitations fonctionnelles de votre patient?

À votre connaissance, le patient suit-il le plan de traitement recommandé? Oui Non

Croyez-vous que l'état de santé du patient va s'améliorer? Oui Non

Si non, veuillez fournir des précisions.

Avez-vous recommandé que le permis de conduire du patient soit annulé? Oui Non

4 Incapacité physique

Le patient souffre-t-il d'incapacité physique?

Oui Non

Si oui, veuillez remplir la présente section.

D'après les constatations objectives, quelle est la capacité physique du patient lorsqu'il doit

soulever des objets?	(poids max./fréquence)	rester assis?	(durée/fréquence)
transporter des objets?	(poids max./distance)	rester debout?	(durée/fréquence)
		marcher?	(distance/fréquence)

Remarques

5 Incapacité cognitive ou mentale

Votre patient a-t-il des limitations cognitives ou mentales?

Oui Non

Si oui, veuillez remplir la présente section.

Veuillez indiquer le degré de restriction pour chacune des catégories suivantes.

	Aucune restriction	Légère restriction	Restriction modérée	Restriction marquée
<input type="radio"/> concentration				
<input type="radio"/> raisonnement				
<input type="radio"/> faculté d'apprentissage				
<input type="radio"/> compréhension				
<input type="radio"/> interaction sociale				

Quel est le diagnostic d'après les critères du DSM-IV? (Axe 1)

Quel est le score EGF actuel?

Remarques

Veuillez fournir copie des rapports de consultation et des derniers résultats de l'évaluation de l'état mental, et indiquer tout résultat anormal corroborant les restrictions ci-dessus.

Compétence

Croyez-vous que le patient est capable d'endosser des chèques et de décider de l'affectation des sommes reçues? Oui Non

6 Troubles cardiaques (s'il y a lieu)

a) Capacité fonctionnelle (American Heart Association)

- Classe 1 - Une activité ordinaire ne provoque pas de symptômes de fatigue excessive, de palpitations, de dyspnée ou de douleur angineuse.
- Classe 2 - Une activité physique plus intense provoque des symptômes.
- Classe 3 - Une activité physique ordinaire provoque des symptômes.
- Classe 4 - Symptômes au repos et aggravés par une activité physique.

b) Tension artérielle (3 dernières visites)

SYSTOLIQUE	---	DIASTOLIQUE
SYSTOLIQUE	---	DIASTOLIQUE
SYSTOLIQUE	---	DIASTOLIQUE

7 Autorisation du médecin

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité auquel pourraient avoir accès le patient ou les tiers qui en ont reçu la permission, ou qui sont dûment autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, vous consentez à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.

Médecin traitant (en caractères d'imprimerie)

Spécialiste diplômé

Téléphone (y compris l'indicatif régional)
()

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)

Télécopieur (y compris l'indicatif régional)
()

Signature

Date (jj/mmmm/aaaa)

NOTA : IL INCOMBE AU PATIENT DE PAYER LES HONORAIRES EXIGÉS POUR LA RÉDACTION DE LA PRÉSENTE DÉCLARATION, S'IL Y A LIEU.