

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"/>							

<p>La condition est-elle attribuable :</p> <p>à une maladie professionnelle? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>à un accident du travail? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>à un accident de la route? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>à un autre type d'accident? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, précisez la date (jj/mm/aaaa) : _____</p>														
<p>Avez-vous récemment rempli d'autres demandes de prestations d'invalidité relativement à ce patient? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, qui en a fait la demande? (autre assureur, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) _____</p>														
<p>Date de votre première consultation avec le patient relativement à cette condition (jj/mm/aaaa) :</p>	<p>Date du premier jour d'absence du travail en raison de la condition (jj/mm/aaaa) :</p>													
Traitement														
<p>Par exemple, programme spécial, thérapeutique, médicaments (sauf si déjà indiqués par le patient à la Partie 1)</p>														
<p>Fréquence des consultations : Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (préciser)</p> <p>Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa) :</p> <p>Date de la prochaine consultation (jj/mm/aaaa) : _____</p>														
<p>Le patient a-t-il déjà été traité pour la même condition ou pour une condition semblable? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, précisez la date. (jj/mm/aaaa) :</p> <p>Fournisseur du traitement : _____</p>														
<p>Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Veuillez expliquer. _____</p>														
Réponse au traitement														
<p>Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent?</p> <p>Réponse complète <input type="checkbox"/> Réponse partielle <input type="checkbox"/> Aucune réponse <input type="checkbox"/> Trop tôt pour se prononcer <input type="checkbox"/></p>														
<p>Prévoit-on modifier ou intensifier le programme de traitement actuel? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, précisez.</p>														
Hospitalisation														
<p>Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Une hospitalisation est-elle prévue? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>A-t-il subi ou doit-il subir une intervention chirurgicale ambulatoire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Veuillez fournir les renseignements suivants ou joindre une copie du rapport d'admission, du rapport de sortie, et/ou du rapport de chirurgie :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Date d'admission (jj/mm/aaaa)</td> <td style="width: 33%;">Date de sortie (jj/mm/aaaa)</td> <td style="width: 33%;">Nom de l'établissement</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Date d'admission (jj/mm/aaaa)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)	Nom de l'établissement	1.			2.			3.		
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 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 de personnalité

Problèmes financiers/juridiques

Dépendance

Autre

Veillez préciser.

Pronostic

Veillez 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

Où envoyer votre formulaire

Faites parvenir le formulaire *Déclaration du médecin traitant* dûment rempli par courriel, par télécopieur ou par la poste à votre bureau de Croix Bleue Medavie. Assurez-vous de choisir le bureau qui correspond à votre province.

Nouveau-Brunswick/Canada atlantique

Croix Bleue Medavie
644, rue Main
C. P. 220
Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 8L3
Téléphone : 1-877-849-8509
Télécopieur : 1-800-644-1722
Courriel : absence@medavie.ca

Québec

Croix Bleue Medavie
1981, avenue McGill College, bureau 100
Montréal (Québec) H3A 3A7
Téléphone : 1-877-849-8509
Télécopieur : 1-800-644-1722
Courriel : absence@medavie.ca

Ontario

Croix Bleue Medavie
185, The West Mall, bureau 1200
C. P. 2000
Etobicoke (Ontario) M9C 5P1
Téléphone : 1-877-849-8509
Télécopieur : 1-800-644-1722
Courriel : absence@medavie.ca

Nouvelle-Écosse

Croix Bleue Medavie
230, avenue Brownlow – Dartmouth
C. P. 2200
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3C6
Téléphone : 1-877-849-8509
Télécopieur : 1-800-644-1722
Courriel : absence@medavie.ca