

## Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité

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

<b>Partie 1</b>		<b>Information et consentement du patient</b> <b>À REMPLIR PAR LE PATIENT</b>																										
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 : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 25%;">Nom du médicament</th> <th style="text-align: left; width: 25%;">Posologie (mg)</th> <th style="text-align: left; width: 25%;">Fréquence</th> <th style="text-align: left; width: 25%;">Indiquez vos :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Taille : _____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Poids : _____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Main dominante :</td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence	Indiquez vos :	1. _____	_____	_____	Taille : _____	2. _____	_____	_____	Poids : _____	3. _____	_____	_____	Main dominante :	4. _____	_____	_____	Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/>	5. _____	_____	_____		Indiquez vos :
Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence	Indiquez vos :																									
1. _____	_____	_____	Taille : _____																									
2. _____	_____	_____	Poids : _____																									
3. _____	_____	_____	Main dominante :																									
4. _____	_____	_____	Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/>																									
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. <b>Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.</b>																												
Signature du patient		Date du consentement (jj/mm/aaaa)																										
<b>Partie 2</b>		<b>Déclaration médicale – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN (ou le professionnel de la santé concerné)</b>																										
Je suis : le médecin de famille <input type="checkbox"/> un spécialiste-conseil <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> (préciser) _____																												
<b>VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES.</b>																												
<b>Diagnostic</b>																												
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) : \_\_\_\_\_

### Traitements

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 influer 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		