

▲ IMPORTANT

This form is available in English.

Remplissez le présent rapport en fonction de l'état de santé actuel du patient. Les informations que vous fournissez aideront iA Groupe financier à comprendre le problème de santé du patient, son traitement, son pronostic et son potentiel de rétablissement. Merci de votre précieuse collaboration.

Notez que toute référence au médecin traitant (médecin) désigne également le praticien autorisé ou l'infirmier praticien.

Remarque : La documentation de réclamation pour invalidité comprend trois rapports du médecin traitant : un pour les problèmes de santé mentale, un pour les troubles musculosquelettiques et un pour tout autre problème de santé. Vous ne devez en remplir qu'un seul; choisissez le mieux adapté à l'état de santé du patient. Tous frais associés à la production du présent rapport sont à la charge du patient.

1. RENSEIGNEMENTS ET CONSENTEMENT DU PARTICIPANT (SECTION À REMPLIR PAR LE PATIENT)

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____ Code postal _____
N° Rue App. Ville Province

N° de téléphone (maison) _____ N° de téléphone (autre) _____

Courriel _____ N° de certificat (CI) _____

Sexe : Masculin Féminin Autre ou préfère ne pas divulguer

Taille _____ pi/po m/cm Poids _____ lb kg

Dernier jour travaillé _____ Date de retour au travail ou date prévue de retour au travail _____
A A A A M M J J A A A A M M J J

Liste des médicaments que vous prenez actuellement

1. Médicament _____ Posologie (mg) _____ Fréquence _____

2. Médicament _____ Posologie (mg) _____ Fréquence _____

3. Médicament _____ Posologie (mg) _____ Fréquence _____

4. Médicament _____ Posologie (mg) _____ Fréquence _____

Consentement et signature du participant

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets et j'autorise par la présente quiconque a des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé (médecins, praticiens, hôpitaux, cliniques et autres établissements médicaux, compagnies d'assurance, organismes, institutions et personnes), ainsi que le MIB inc. et mon employeur, à les fournir à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier »). J'autorise également iA Groupe financier à communiquer ou à échanger tout renseignement d'ordre personnel ou médical avec tout fournisseur de soins de santé, professionnel ou clinique et ses employés ou à un médecin examinateur indépendant s'il le juge nécessaire aux fins de la décision ou du traitement de la réclamation. De plus, je consens à ce qu'une enquête soit menée à mon sujet.

Je reconnais qu'une photocopie ou qu'une version électronique du présent consentement est aussi valide que l'original.

X _____
Signature du participant

_____ _____
Date de la signature
A A A A M M J J

2. PROBLÈME DE SANTÉ DU PATIENT (SECTION À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

Prénom du patient _____ Nom _____

Date de naissance

	A	A	A	A	M	M	J	J

Je suis :

le médecin traitant le psychiatre ou le psychologue consultant Autre _____

Diagnostic actuel

Principal _____

Secondaire _____

Le patient a-t-il été informé du diagnostic? Non Oui

Le problème de santé est lié :

à une maladie ou à une blessure résultant d'un accident de travail à un accident de la route à un acte criminel

Le cas échéant, indiquez la date de l'événement

	A	A	A	A	M	M	J	J

Précisions _____

Premier jour d'absence du travail en raison du problème de santé

	A	A	A	A	M	M	J	J

Date de la première consultation avec vous pour ce problème de santé

	A	A	A	A	M	M	J	J

Le patient a-t-il déjà été traité pour le même problème ou un problème semblable? Non Oui – Précisez :

Quand?

	A	A	A	A	M	M	J	J

 Traité par (Nom) _____

Avez-vous rempli d'autres rapports d'invalidité pour le même patient récemment? Non Oui

2. PROBLÈME DE SANTÉ DU PATIENT (SUITE)

Symptômes

Précisez les symptômes actuels du patient, leur fréquence et leur gravité :

1. Symptôme _____ Fréquence _____ Gravité _____
2. Symptôme _____ Fréquence _____ Gravité _____
3. Symptôme _____ Fréquence _____ Gravité _____
4. Symptôme _____ Fréquence _____ Gravité _____
5. Symptôme _____ Fréquence _____ Gravité _____

Quelle a été l'évolution des symptômes jusqu'à maintenant? Amélioration Stabilité Dégradation

3. CONSTATS ET OBSERVATIONS CLINIQUES

Investigations

Joignez des copies des documents pertinents :

- résultats de tests et investigations (si aucun résultat de tests n'est joint au rapport, nous considérerons qu'aucun test n'a été effectué)
- rapports de consultation

Des tests et/ou des investigations sont-ils en cours? Non Oui - Précisez :

1. Date de réception prévue

A	A	A	A	M	M	J	J

 Description _____
2. Date de réception prévue

A	A	A	A	M	M	J	J

 Description _____
3. Date de réception prévue

A	A	A	A	M	M	J	J

 Description _____

Si vous n'êtes pas le spécialiste traitant, votre patient est-il suivi par un autre spécialiste? Non Oui

Si oui, joignez des copies des rapports de consultation. Si vous ne joignez pas de rapports de consultation ou ne les avez pas encore reçus, fournissez les renseignements suivants :

1. Nom du spécialiste _____
Spécialité _____ Date du rendez-vous

A	A	A	A	M	M	J	J
2. Nom du spécialiste _____
Spécialité _____ Date du rendez-vous

A	A	A	A	M	M	J	J

Si non, avez-vous dirigé votre patient vers un médecin spécialiste ou prévoyez-vous le faire? Non Oui - Précisez :

Date de la recommandation

A	A	A	A	M	M	J	J

 Délai d'attente prévu _____

3. CONSTATS ET OBSERVATIONS CLINIQUES (SUITE)

Constats

Quel effet les problèmes de santé mentale ont-ils sur chacune des fonctions suivantes et dans quelle mesure?

Apparence (hygiène)	<input type="checkbox"/>	Nul	<input type="checkbox"/>	Minime	<input type="checkbox"/>	Modéré	<input type="checkbox"/>	Important
Mémoire	<input type="checkbox"/>	Nul	<input type="checkbox"/>	Minime	<input type="checkbox"/>	Modéré	<input type="checkbox"/>	Important
Énergie/vigueur	<input type="checkbox"/>	Nul	<input type="checkbox"/>	Minime	<input type="checkbox"/>	Modéré	<input type="checkbox"/>	Important
Comportement	<input type="checkbox"/>	Nul	<input type="checkbox"/>	Minime	<input type="checkbox"/>	Modéré	<input type="checkbox"/>	Important
Prise de décisions	<input type="checkbox"/>	Nul	<input type="checkbox"/>	Minime	<input type="checkbox"/>	Modéré	<input type="checkbox"/>	Important
Socialisation	<input type="checkbox"/>	Nul	<input type="checkbox"/>	Minime	<input type="checkbox"/>	Modéré	<input type="checkbox"/>	Important
Concentration	<input type="checkbox"/>	Nul	<input type="checkbox"/>	Minime	<input type="checkbox"/>	Modéré	<input type="checkbox"/>	Important
Élocution	<input type="checkbox"/>	Nul	<input type="checkbox"/>	Minime	<input type="checkbox"/>	Modéré	<input type="checkbox"/>	Important
Affect/humeur	<input type="checkbox"/>	Nul	<input type="checkbox"/>	Minime	<input type="checkbox"/>	Modéré	<input type="checkbox"/>	Important
Réflexion/jugement	<input type="checkbox"/>	Nul	<input type="checkbox"/>	Minime	<input type="checkbox"/>	Modéré	<input type="checkbox"/>	Important
Autocritique	<input type="checkbox"/>	Nul	<input type="checkbox"/>	Minime	<input type="checkbox"/>	Modéré	<input type="checkbox"/>	Important
Sommeil	<input type="checkbox"/>	Nul	<input type="checkbox"/>	Minime	<input type="checkbox"/>	Modéré	<input type="checkbox"/>	Important
Poids et/ou appétit	<input type="checkbox"/>	Nul	<input type="checkbox"/>	Minime	<input type="checkbox"/>	Modéré	<input type="checkbox"/>	Important

Observations ou commentaires à l'appui des effets des problèmes de santé mentale sur le patient.

3. CONSTATS ET OBSERVATIONS CLINIQUES (SUITE)

Facteurs de complication

Indiquez les facteurs qui ont contribué au ou aux problèmes cliniques et qui pourraient compliquer le rétablissement du patient :

- Problèmes au travail Problèmes sociaux ou familiaux Problèmes financiers ou juridiques
- Comportement autodestructeur État physique Consommation d'alcool ou de drogues
- Effets secondaires de médicaments Perception de la douleur Mécanismes d'adaptation
- Personnalité/motivation Autre

Précisez _____

Décrivez les moyens de soutien en place ou prévus pour aider le patient à surmonter ces difficultés.

Un permis du patient a-t-il été restreint ou révoqué en raison de ses problèmes de santé mentale? Non Oui

Si oui, quand?

A	A	A	A	M	M	J	J

 Type de permis _____

4. TRAITEMENT – PROGRAMMES SPÉCIAUX, THÉRAPIES, MÉDICAMENTS

Depuis combien de temps suivez-vous le patient? _____

Date de la dernière consultation

A	A	A	A	M	M	J	J

 Date de la prochaine consultation

A	A	A	A	M	M	J	J

Depuis la première consultation, à quelle fréquence voyez-vous le patient?

Chaque semaine Aux deux semaines Une fois par mois Autre _____

Le patient a-t-il déjà été traité pour le même problème ou un problème semblable? Non Oui - Précisez :

Quand?

A	A	A	A	M	M	J	J

 Traité par (Nom) _____

Médicaments prescrits par vous

(seulement ceux non mentionnés par le patient dans la section 1)

1. Médicament _____ Posologie _____ Date de début

A	A	A	A	M	M	J	J

Réponse/commentaires _____

2. Médicament _____ Posologie _____ Date de début

A	A	A	A	M	M	J	J

Réponse/commentaires _____

4. TRAITEMENT – PROGRAMMES SPÉCIAUX, THÉRAPIES, MÉDICAMENTS (SUITE)

3. Médicament _____ Posologie _____ Date de début

A	A	A	A	M	M	J	J

Réponse/commentaires _____

Médicaments prescrits par d'autres médecins

1. Médicament _____ Posologie _____ Date de début

A	A	A	A	M	M	J	J

Réponse/commentaires _____

2. Médicament _____ Posologie _____ Date de début

A	A	A	A	M	M	J	J

Réponse/commentaires _____

3. Médicament _____ Posologie _____ Date de début

A	A	A	A	M	M	J	J

Réponse/commentaires _____

Précisions sur le traitement – Volet psychologique

(p. ex. thérapie cognitivocomportementale, consommation d'alcool et de drogues et thérapie de groupe, familiale, de couple ou de jour à l'hôpital)

1. Type de thérapie _____ Date de début

A	A	A	A	M	M	J	J

Nom du professionnel ou de l'établissement _____

Fréquence des séances : Chaque semaine Chaque mois Autre _____

Date de la dernière séance

A	A	A	A	M	M	J	J

 Réponse/commentaires _____

2. Type de thérapie _____ Date de début

A	A	A	A	M	M	J	J

Nom du professionnel ou de l'établissement _____

Fréquence des séances : Chaque semaine Chaque mois Autre _____

Date de la dernière séance

A	A	A	A	M	M	J	J

 Réponse/commentaires _____

3. Type de thérapie _____ Date de début

A	A	A	A	M	M	J	J

Nom du professionnel ou de l'établissement _____

Fréquence des séances : Chaque semaine Chaque mois Autre _____

Date de la dernière séance

A	A	A	A	M	M	J	J

 Réponse/commentaires _____

4. TRAITEMENT – PROGRAMMES SPÉCIAUX, THÉRAPIES, MÉDICAMENTS (SUITE)

Précisions sur le traitement – États physiques concomitants

p. ex. physiothérapie, chiropractie, autre traitement de réadaptation)

1. Type de thérapie _____ Date de début

A	A	A	A	M	M	J	J

Nom du professionnel ou de l'établissement _____

Fréquence des séances : Chaque semaine Chaque mois Autre _____

Date de la dernière séance

A	A	A	A	M	M	J	J

 Réponse/commentaires _____

2. Type de thérapie _____ Date de début

A	A	A	A	M	M	J	J

Nom du professionnel ou de l'établissement _____

Fréquence des séances : Chaque semaine Chaque mois Autre _____

Date de la dernière séance

A	A	A	A	M	M	J	J

 Réponse/commentaires _____

3. Type de thérapie _____ Date de début

A	A	A	A	M	M	J	J

Nom du professionnel ou de l'établissement _____

Fréquence des séances : Chaque semaine Chaque mois Autre _____

Date de la dernière séance

A	A	A	A	M	M	J	J

 Réponse/commentaires _____

Hospitalisations

Le patient a-t-il été hospitalisé récemment pour son problème de santé actuel? Non Oui

Si oui, joignez des copies du résumé de départ de l'hôpital. Si elles ne sont pas disponibles, remplissez les champs suivants :

1. Date d'admission

A	A	A	A	M	M	J	J

 Date de départ

A	A	A	A	M	M	J	J

Établissement _____

2. Date d'admission

A	A	A	A	M	M	J	J

 Date de départ

A	A	A	A	M	M	J	J

Établissement _____

3. Date d'admission

A	A	A	A	M	M	J	J

 Date de départ

A	A	A	A	M	M	J	J

Établissement _____

4. TRAITEMENT – PROGRAMMES SPÉCIAUX, THÉRAPIES, MÉDICAMENTS (SUITE)

Réponse générale au traitement

Quelle est la réponse au traitement à ce jour? Complète Partielle Aucune Trop tôt pour se prononcer

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Non Oui Si non, expliquez.

Prévoyez-vous modifier ou intensifier le programme de traitement actuel? Non Oui – Expliquez.

5. PRONOSTIC ET RÉTABLISSEMENT

iA Groupe financier encourage l'aide à la réadaptation, le travail modifié ou les tâches légères pour permettre le retour au travail dès qu'il est possible du point de vue médical. D'après les renseignements fournis au présent rapport, nous évaluerons le potentiel de réadaptation du patient.

Quels sont les objectifs de retour au travail dont vous avez discuté avec le patient? Expliquez.

Indiquez le pronostic d'amélioration du patient.

Fournissez toute autre information qui pourrait nous aider à mieux comprendre l'état actuel du patient, ses objectifs de rétablissement et son pronostic.

6. ENVOI DU FORMULAIRE DÛMENT REMPLI

Faites suivre ce formulaire ainsi que tout document justificatif à votre patient ou soumettez-les à iA Groupe financier, soit par la poste, soit par télécopieur ou par courriel :

1. Par la poste : Règlements, Invalidité
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3
2. Par télécopieur : 1 877 781-1583
3. Par courriel : reglementinvalidite@ia.ca
Notez que, bien que iA Groupe financier utilise des moyens raisonnables pour protéger la sécurité et la confidentialité des courriels qu'il envoie et reçoit, la confidentialité ou la sécurité des communications par courriel ne peut être garantie.

Peu importe l'option choisie, conservez une copie de tous les documents pour vos dossiers.

7. RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE VOTRE PATIENT

Les renseignements que vous fournissez dans le présent formulaire sont recueillis en vertu des pouvoirs conférés au Conseil du Trésor pour l'administration du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique (RACGFP). Ces renseignements sont strictement confidentiels.

8. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Les informations du présent rapport seront conservées dans un dossier d'invalidité par iA Groupe financier et pourront être communiquées au patient, à des tiers avec l'autorisation du patient ou aux agents et aux fournisseurs de services de iA Groupe financier ayant un droit d'accès aux informations.

En fournissant ces informations, je consens à ce que celles-ci soient communiquées sans aucune modification. Je comprends que je dois aviser iA Groupe financier par écrit s'il y a un risque important qu'une telle communication au patient ou à un tiers autorisé par le patient compromette la santé du patient.

Prénom du médecin traitant _____ Nom _____

Spécialiste diplômé _____

Adresse _____ Code postal _____
N° Rue Bureau Ville Province

N° de téléphone _____ N° de télécopieur _____

X _____
Signature du médecin

A A A A M M J J

Date de la signature

TAMPON DU MÉDECIN