

**▲ 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 

A	A	A	A	M	M	J	J

 Date de retour au travail ou date prévue de retour au travail 

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

A	A	A	A	M	M	J	J

  
Date de la signature

**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 spécialiste 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 :

- Symptôme \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_ Gravité \_\_\_\_\_
- Symptôme \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_ Gravité \_\_\_\_\_
- Symptôme \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_ Gravité \_\_\_\_\_
- Symptôme \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_ Gravité \_\_\_\_\_
- Symptôme \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_ Gravité \_\_\_\_\_

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

Si la maladie est liée à une grossesse, indiquez la date d'accouchement réelle ou prévue :

A	A	A	A	M	M	J	J

 Vaginal  Par césarienne

## 3. CONSTATS ET OBSERVATIONS CLINIQUES

### Investigations

Joignez des copies des documents pertinents :

- résultats de tests et d'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 :

- Date de réception prévue 

A	A	A	A	M	M	J	J

 Description \_\_\_\_\_
- Date de réception prévue 

A	A	A	A	M	M	J	J

 Description \_\_\_\_\_
- 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 :

- Nom du spécialiste \_\_\_\_\_  
Spécialité \_\_\_\_\_ Date du rendez-vous 

A	A	A	A	M	M	J	J
- Nom du spécialiste \_\_\_\_\_  
Spécialité \_\_\_\_\_ Date du rendez-vous 

A	A	A	A	M	M	J	J

### 3. CONSTATS ET OBSERVATIONS CLINIQUES (SUITE)

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 \_\_\_\_\_

#### Évaluation fonctionnelle

Une évaluation fonctionnelle officielle a-t-elle été faite (p. ex. une évaluation des capacités fonctionnelles)?

Non  Oui – Joignez une copie du rapport.

Indiquez si le patient mentionne ou montre des difficultés sur les plans suivants; le cas échéant, précisez leur degré :

**Mémoire**  Aucune  Légères  Modérées  Importantes

Le degré des difficultés concorde-t-il avec les constats physiques ou cognitifs? Commentaires \_\_\_\_\_

**Prise de décisions**  Aucune  Légères  Modérées  Importantes

Le degré des difficultés concorde-t-il avec les constats physiques ou cognitifs? Commentaires \_\_\_\_\_

**Concentration**  Aucune  Légères  Modérées  Importantes

Le degré des difficultés concorde-t-il avec les constats physiques ou cognitifs? Commentaires \_\_\_\_\_

**Élocution**  Aucune  Légères  Modérées  Importantes

Le degré des difficultés concorde-t-il avec les constats physiques ou cognitifs? Commentaires \_\_\_\_\_

**Sommeil**  Aucune  Légères  Modérées  Importantes

Le degré des difficultés concorde-t-il avec les constats physiques ou cognitifs? Commentaires \_\_\_\_\_

**Sensation**  Aucune  Légères  Modérées  Importantes

Le degré des difficultés concorde-t-il avec les constats physiques ou cognitifs? Commentaires \_\_\_\_\_

**Dextérité**  Aucune  Légères  Modérées  Importantes

Le degré des difficultés concorde-t-il avec les constats physiques ou cognitifs? Commentaires \_\_\_\_\_

**Conduite d'un véhicule**  Aucune  Légères  Modérées  Importantes

Le degré des difficultés concorde-t-il avec les constats physiques ou cognitifs? Commentaires \_\_\_\_\_

**Marche**  Aucune  Légères  Modérées  Importantes

Le degré des difficultés concorde-t-il avec les constats physiques ou cognitifs? Commentaires \_\_\_\_\_

**Position debout**  Aucune  Légères  Modérées  Importantes

Le degré des difficultés concorde-t-il avec les constats physiques ou cognitifs? Commentaires \_\_\_\_\_

**Capacité de grimper**  Aucune  Légères  Modérées  Importantes

Le degré des difficultés concorde-t-il avec les constats physiques ou cognitifs? Commentaires \_\_\_\_\_

### 3. CONSTATS ET OBSERVATIONS CLINIQUES (SUITE)

**Position assise**  Aucune  Légères  Modérées  Importantes

Le degré des difficultés concorde-t-il avec les constats physiques ou cognitifs? Commentaires \_\_\_\_\_

**Extension du bras au-dessus de l'épaule**  Aucune  Légères  Modérées  Importantes

Le degré des difficultés concorde-t-il avec les constats physiques ou cognitifs? Commentaires \_\_\_\_\_

**Extension du bras en dessous de l'épaule**  Aucune  Légères  Modérées  Importantes

Le degré des difficultés concorde-t-il avec les constats physiques ou cognitifs? Commentaires \_\_\_\_\_

**Accroupissement**  Aucune  Légères  Modérées  Importantes

Le degré des difficultés concorde-t-il avec les constats physiques ou cognitifs? Commentaires \_\_\_\_\_

**Flexion du tronc**  Aucune  Légères  Modérées  Importantes

Le degré des difficultés concorde-t-il avec les constats physiques ou cognitifs? Commentaires \_\_\_\_\_

En fonction de vos constats et observations cliniques, décrivez les restrictions et limitations cognitives et/ou physiques actuelles du patient.

---

---

---

#### Troubles cardiaques

Si le problème de santé est d'origine cardiaque, fournissez les détails pour les types de symptômes suivants :

Douleur thoracique d'origine cardiaque Description \_\_\_\_\_

Syncope Description \_\_\_\_\_

Fatigue Description \_\_\_\_\_

Dyspnée due à une congestion vasculaire ou à l'hypoxie Description \_\_\_\_\_

Psychophysiologique Description \_\_\_\_\_

Autre Description \_\_\_\_\_

TA moyenne des 6 derniers mois \_\_\_\_\_ Date 

A	A	A	A	M	M	J	J

État actuel?  Amélioration  Stabilité  Dégradation

### 3. CONSTATS ET OBSERVATIONS CLINIQUES (SUITE)

Quelle est la capacité fonctionnelle cardiaque du patient au travail (classification de l'American Heart Association)?  
Classe 3 ou 4 : joignez une copie de toute épreuve d'effort ou de tout électrogramme cardiaque.

Classe 1 (aucune limitation)  Classe 2 (légère limitation)

Classe 3 (limitation marquée)  Classe 4 (limitation complète)

L'angine est-elle le facteur limitant l'exercice?  Non  Oui

#### Facteurs de complication

Taille \_\_\_\_\_  pi/po  m/cm Poids actuel \_\_\_\_\_  lb  kg Perte/gain de poids à ce jour \_\_\_\_\_  lb  kg

Le patient participe-t-il à un programme de perte de poids?  Non  Oui – Précisez.

---

---

---

Indiquez les facteurs qui ont pu contribuer 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 son problème de santé?  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 \_\_\_\_\_

#### 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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

##### Précisions sur le traitement

(p. ex. physiothérapie, gestion de la douleur, chiropractie, psychothérapie, thérapie cognitivocomportementale, massage, exercices, autres thérapies 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)

Si le patient a subi une opération ou si une opération est prévue, fournissez la date et une description de chaque opération :

1. Date de l'opération 

A	A	A	A	M	M	J	J

 Description \_\_\_\_\_
2. Date de l'opération 

A	A	A	A	M	M	J	J

 Description \_\_\_\_\_

#### 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