

Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique (RACGFP) — Police G-2400 Réclamation d'invalidité — Rapport du médecin traitant Problèmes de santé mentale



A 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.

Prénom		Nom	
Adresse			Code postal
N° Rue	App. Ville	Province	
N° de téléphone (maison)		N° de téléphone (autre)	<u>-</u>
Courriel		N°	de certificat (CI)
Sexe : Masculin Féminin	Autre ou préfère ne pas	s divulguer	
Taille pi/po m/cm	Poids	lb kg	, A A A A M M J J ,
Dernier jour travaillé	Date de retour au	travail ou date prévue de re	tour au travail
Liste des médicaments que vous prenez a	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 participan	t		
Je certifie que les renseignements ci-dess ou des renseignements sur moi ou sur m médicaux, compagnies d'assurance, orga à l'Industrielle Alliance, Assurance et serv communiquer ou à échanger tout renseigne ou clinique et ses employés ou à un médec de la réclamation. De plus, je consens à c	on état de santé (méde nismes, institutions et pices financiers inc. (« i/ ement d'ordre personne sin examinateur indépen	cins, praticiens, hôpitaux, personnes), ainsi que le N A Groupe financier »). J'au I ou médical avec tout four dant s'il le juge nécessaire	cliniques et autres établissements IIB inc. et mon employeur, à les fournir atorise également iA Groupe financier à misseur de soins de santé, professionnel
Je reconnais qu'une photocopie ou qu'un	e version électronique	du présent consentement	est aussi valide que l'original.
XSignature du participant		A A A A M M Date de la signature	J J

Prénom du patient	Nom
Date de naissance	
le suis :	
le médecin traitant le psy	chiatre ou le psychologue consultant Autre
Diagnostic actuel	
Principal	
Secondaire	
Le patient a-t-il été informé du d	agnostic? Non Oui
Le problème de santé est lié :	
à une maladie ou à une bles	sure résultant d'un accident de travail a un accident de la route a un acte criminel
Le cas échéant, indiquez la date	de l'événement
Précisions	
Premier jour d'absence du travai	I en raison du problème de santé
Date de la première consultation	avec vous pour ce problème de santé
Le patient a-t-il déjà été traité po	ur le même problème ou un problème semblable? Non Oui – Précisez :
Quand?	Traité par (Nom)
Avez-vous rempli d'autres rappo	rts d'invalidité pour le même patient récemment? Non Oui

Symptômes Précisez les symptômes actuels du patient, leur fréquence et leur gravité : Gravité____ Fréquence _____ Symptôme ___ Symptôme _____ Fréquence _____ Gravité_____ Symptôme Fréquence Gravité Gravité_____ Symptôme _____ Fréquence _____ Fréquence ____ Gravité____ 5. Symptôme ____ 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 : Date de réception prévue Description _____ Date de réception prévue Description _____ 3. Date de réception prévue 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 _____ Date du rendez-vous Spécialité ___ Nom du spécialiste AAAAMMJJ Spécialité _____ Date du rendez-vous Si non, avez-vous dirigé votre patient vers un médecin spécialiste ou prévoyez-vous le faire? Non Oui - Précisez: Date de la recommandation _____ Délai d'attente prévu _____

2. PROBLÈME DE SANTÉ DU PATIENT (SUITE)

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)	Nul Minime Modéré Important					
Mémoire	Nul Minime Modéré Important					
Énergie/vigueur	Nul Minime Modéré Important					
Comportement	Nul Minime Modéré Important					
Prise de décisions	Nul Minime Modéré Important					
Socialisation	Nul Minime Modéré Important					
Concentration	Nul Minime Modéré Important					
Élocution	Nul Minime Modéré Important					
Affect/humeur	Nul Minime Modéré Important					
Réflexion/jugement	Nul Minime Modéré Important					
Autocritique	Nul Minime Modéré Important					
Sommeil	Nul Minime Modéré Important					
Poids et/ou appétit	Nul Minime Modéré Important					
Observations ou commentaires à l'appui des effets des problèmes de santé mentale sur le patient.						

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, guand? Type de permis 4. TRAITEMENT – PROGRAMMES SPÉCIAUX, THÉRAPIES, MÉDICAMENTS Depuis combien de temps suivez-vous le patient? A A A A M M J J Date de la dernière consultation Date de la prochaine consultation 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? Traité par (Nom) Médicaments prescrits par vous (seulement ceux non mentionnés par le patient dans la section 1) 1. Médicament _____ Posologie _____ Date de début Réponse/commentaires AAAAMMJJ _____ Posologie _____ Date de début Médicament ____

3. CONSTATS ET OBSERVATIONS CLINIQUES (SUITE)

Réponse/commentaires ____

4.	TRAITEMENT – PROGRAMMES SPÉCIAUX, THÉRAPIES,	MÉDICAMENTS (SUITE)										
3. 1	Médicament	Posologie	_ Date de début		A							
	Réponse/commentaires											
	licaments prescrits par d'autres médecins											_
IVICC	mountaines presentes par a autres meaconis			, А	Α	Α	Α	N	ΛN	Λ.	J ,	, ,
1. N	Médicament	Posologie	_ Date de début									
F	Réponse/commentaires											
					Α							
2. N	Médicament	Posologie	_ Date de début	: L								_
F	Réponse/commentaires											
3. 1	Médicament	Posologie	Date de début		A							
F	Réponse/commentaires											_
(p. e de j	sisions sur le traitement – Volet psychologique ex. thérapie cognitivocomportementale, consommation d' our à l'hôpital)											
4 7	Type de thérapie		Data da dálas	. ^	Α.	Α.	Α	, P	VI I	vi .	J	J
1. 1	ype de trierapie		_ Date de debu	· —		_						
1	Nom du professionnel ou de l'établissement											
F	Fréquence des séances : Chaque semaine Chaque semaine											_
[Date de la dernière séance Ré	ponse/commentaires										_
2. 7	Type de thérapie		_ Date de débu		. А							- 1
	Nom du professionnel ou de l'établissement											
1	Nom du professionner ou de l'établissement											
F	réquence des séances : Chaque semaine Chac	que mois Autre										
[Date de la dernière séance Ré	ponse/commentaires										
					А							J
3. T	Type de thérapie		_ Date de débu	t 🖳								
ľ	Nom du professionnel ou de l'établissement											
F	Fréquence des séances : Chaque semaine Chaque semaine	que mois Autre										

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

A A A A M M J J

3. Date d'admission Date de départ Date de départ

Établissement _____

Précisions sur le traitement – États physiques concomitants p. ex. physiothérapie, chiropractie, autre traitement de réadaptation) 1. Type de thérapie _____ Date de début Nom du professionnel ou de l'établissement Fréquence des séances : Chaque semaine Chaque mois Autre _____ A A A A M M J J Réponse/commentaires Date de la dernière séance A A A A M M J _____ Date de début Type de thérapie Nom du professionnel ou de l'établissement ______ Fréquence des séances : Chaque semaine Chaque mois Autre A A A A M M J J Réponse/commentaires Date de la dernière séance 3. Type de thérapie _____ Date de début Nom du professionnel ou de l'établissement _____ Fréquence des séances : Chaque semaine Chaque mois Autre AAAAMMJJ Réponse/commentaires _____ Date de la dernière séance 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 Date de départ Date de départ Établissement ___ Date de départ 2. Date d'admission 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 :

Par la poste : Règlements, Invalidité

522, avenue University, bureau 400 Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Par télécopieur : 1 877 781-1583

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	Bureau Ville	Province	Code postal
N° de téléphone	N° de télécopieur _		
XSignature du médecin		A A A A M M J J Date de la signature	TAMPON DU MÉDECIN