iA Groupe financier

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

ASSURANCE COLLECTIVE

⚠ 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 _____ A A A A M M J J
Signature du participant 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 :

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 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 :

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)

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 :

Cognition ☐ 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 ☐ 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 _____

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 _____

3. CONSTATS ET OBSERVATIONS CLINIQUES (SUITE)

Indiquez la charge maximale approximative que le patient peut lever :

☐ 0 à 10 lb ☐ 11 à 20 lb ☐ 21 à 30 lb ☐ 31 à 40 lb ☐ 41 à 50 lb ☐ plus de 50 lb

Indiquez tout autre problème de santé ou toute autre complication qui pourrait avoir une incidence sur le niveau de fonctionnement du patient ou la période de rétablissement prévue.

_____

_____

Constats neurologiques

Faiblesse	☐ Non	☐ Oui	
Atrophie musculaire	☐ Non	☐ Oui	
Perte de sensation ou engourdissement	☐ Non	☐ Oui	
Réflexes	☐ Normaux	☐ Ralentis	☐ Absents

Articulation ou groupe musculaire touché :

_____

_____

_____

Taille et poids du patient

Taille_____ ☐ pi/po ☐ m/cm Poids _____ ☐ lb ☐ kg

Le patient participe-t-il à un programme de perte de poids? ☐ Non ☐ Oui

Précisions _____

_____

3. CONSTATS ET OBSERVATIONS CLINIQUES (SUITE)

Amplitude de mouvement

Articulations et groupes musculaires touchés :

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Indiquez l'amplitude de mouvement (en degrés) de chaque articulation et groupe musculaire de la liste précédente :

Flexion	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
Flexion latérale	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
Extension	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
Rotation interne	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
Rotation externe	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
Abduction	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
Adduction	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
Rotation	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
Supination	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
Pronation	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
Force de préhension	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____

Élévation de la jambe tendue En position assise : _____Gauche _____ Droite

En position couchée : _____Gauche _____ Droite

3. CONSTATS ET OBSERVATIONS CLINIQUES (SUITE)

Facteurs de complication

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 _____

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

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
(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 _____

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

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 _____

Le patient a-t-il subi une opération ou une opération est-elle prévue? ☐ Non ☐ Oui – Précisez :

Type d'opération _____

Date de l'opération A A A A M M J J ou Date prévue pour l'opération A A A A M M J J

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

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 _____ A A A A M M J J

Signature du médecin Date de la signature

TAMPON DU MÉDECIN