



## DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT RELATIVEMENT AUX PRESTATIONS D'INVALIDITÉ (ou, au gré de l'assureur, pour d'autres prestations qu'il indiquera)

*Directives : 1. Veuillez imprimer. 2. La partie 1 doit être remplie par la patiente ou le patient. 3. La partie 2 doit être remplie par le médecin ou le médecin traitant 4. Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire sont la responsabilité de la patiente ou du patient. Des réponses incomplètes ou des renseignements manquants causeront un retard de l'évaluation et du traitement de ce dossier.*

<b>Partie 1 : Autorisation du patient</b>	Numéro de contrat
Nom	Date de naissance (jour, mois, année)
Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal)	Numéro de téléphone (avec indicatif régional)

Par la présente, j'autorise la divulgation de tout renseignement à l'Assurance vie Équitable du Canada<sup>MD</sup> qu'elle aura demandé en ce qui concerne ce dossier.

Signature de la patiente ou du patient Date (jour, mois, année)

**Partie 2 : Déclaration du médecin traitant** *Tous les frais exigés pour remplir ce formulaire sont la responsabilité de la patiente ou du patient. Des réponses incomplètes ou des renseignements manquants causeront un retard de l'évaluation et du traitement de ce dossier.*

<b>1. Antécédents</b>		
a) Date à laquelle les symptômes sont apparus ou l'accident s'est produit? (jour, mois, année)	b) Date à laquelle la patiente ou le patient a arrêté de travailler en raison de l'état de santé actuel? (jour, mois, année)	c) L'affection est-elle le résultat d'une blessure ou d'une maladie découlant du travail de la patiente ou du patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas

d) Avez-vous rempli d'autres demandes concernant l'état de santé actuel de votre patiente ou votre patient provenant d'autres sources, c'est-à-dire d'autres assureurs, du Régime de pensions du Canada, de la commission des accidents du travail provinciale, etc.?  
 Oui     Non  
 Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions :

e) La patiente ou le patient a-t-il déjà été atteint de cette affection ou d'une affection semblable? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui; veuillez fournir des précisions.	f) L'affection est-elle considérée comme chronique? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui; qu'est-ce qui a précipité l'absence au travail?
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

g) Noms des autres médecins traitants ou fournisseurs de soins de santé

**2. Diagnostic (y compris toute complication)**

a. Primaire

b. Affections ou complications susceptibles d'influencer la durée de l'absence au travail.

c. Signes objectifs (Veuillez joindre une copie des radiographies, des électrocardiogrammes, des derniers résultats de laboratoire et tout autre résultat clinique pertinent qui appuient votre diagnostic.)

d. Symptômes subjectifs

e. Les symptômes de la patiente ou du patient sont-ils liés à une consommation abusive d'alcool, de drogues ou de médicaments ou encore d'autres substances?     Non     Oui



**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT RELATIVEMENT AUX PRESTATIONS D'INVALIDITÉ**  
(ou, au gré de l'assureur, pour d'autres prestations qu'il indiquera)

**3.** Veuillez indiquer la capacité fonctionnelle de votre patiente ou votre patient ci-dessous pour chacune des questions en cochant « R » pour restriction (ce que votre patient ne devrait pas faire) ou « L » pour limitations (ce que votre patient n'est pas en mesure de faire).

Soulever	Porter	Tendre les bras
Moins de 5 kg (11 lb) R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Moins de 5 kg (11 lb) R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Au-dessus des épaules R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>
de 5 à 10 kg (11 à 22 lb) R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	de 5 à 10 kg (11 à 22 lb) R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Au niveau des épaules R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>
de 10 à 20 kg (22 à 44 lb) R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	de 10 à 20 kg (22 à 44 lb) R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Au-dessous des épaules R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>
Plus de 20 kg (44 lb) R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Plus de 20 kg (44 lb) R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	

Rester assis	heures	Soulever au-dessus de la tête	heures
Rester debout	heures	Pousser/tirer	heures
Marcher	heures	Saisir	heures
Pincer	heures	Saisie au clavier	heures

**Exigences cognitives** Veuillez cocher « Oui » ou « Non » dans les espaces applicables ci-dessous.

Compréhension	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Traitement de l'information	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perception visuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mémoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Concentration	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Veuillez indiquer quelles sont les tâches et les heures modifiées (le cas échéant) pouvant être offertes à l'employée ou l'employé.

**4. Trouble nerveux ou déficience mentale (le cas échéant)**

a) Comment la déficience mentale ou le trouble nerveux de la patiente ou du patient influence-t-elle sa capacité à travailler?

b) A-t-on orienté la patiente ou le patient vers un psychiatre?  
 Oui  Non

c) Selon vous, la patiente a-t-elle ou le patient a-t-il la capacité d'endosser un chèque et de veiller à la bonne utilisation des fonds?  
 Oui  Non

**5. Troubles cardiaques (le cas échéant)**

a. Capacité fonctionnelle (Société canadienne de cardiologie (SCC))

Niveau 1 (aucune limitation)     Niveau 2 (déficience légère)     Niveau 3 (déficience modérée)     Niveau 4 (déficience grave)

**Veuillez envoyer les résultats des épreuves d'effort et des angiographies ainsi que tout autre document pertinent.**

b. Pression artérielle (dernière visite)

Systolique	Diastolique

**6. Traitement**

a. Date de la première visite (jour, mois, année)    b. Date de la dernière visite (jour, mois, année)

c. Fréquence des visites

Hebdomadaire     Mensuelle  
 Autre (veuillez préciser)

d. Nature du traitement (en prenant soin d'y indiquer la chirurgie, toute physiothérapie et les médicaments prescrits, le cas échéant)

e. À votre connaissance, la patiente suit-elle ou le patient suit-il le traitement recommandé?

Oui     Non, veuillez fournir des commentaires



**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT RELATIVEMENT AUX PRESTATIONS D'INVALIDITÉ**  
(ou, au gré de l'assureur, pour d'autres prestations qu'il indiquera)

**7. Progrès**

Quel est l'état de la patiente ou du patient?  Rétabli  Amélioré  Aucune amélioration  Régressé

**8. Pronostic**

a) Veuillez fournir le pronostic dans le cas d'un rétablissement partiel ou total.

b) Selon vous, quelles seraient les modifications des tâches de travail requises pour appuyer la patiente ou le patient dans son retour au travail?

c) Croyez-vous que cette patiente ou ce patient ne sera pas en mesure d'occuper un emploi rémunéré?

**9. Réadaptation**

a. La participation de la patiente ou du patient à un programme de réadaptation vous paraît-elle indiquée?  
(programme cardiopulmonaire, orthophonie, etc.)

Non  Oui

b. Recommandez-vous un programme de consultation ou de réentraînement au travail?

Non  Oui

**10. Remarque – Veuillez fournir tout commentaire ou renseignement supplémentaire que vous jugez pertinent.**

Nom de la médecin ou du médecin traitant <i>(en lettres moulées s.v.p.)</i>	Spécialité	Téléphone <i>(avec indicatif régional)</i>
-----------------------------------------------------------------------------	------------	--------------------------------------------

Adresse *(rue, ville, province, code postal)*

Signature

Date *(jour, mois, année)*

Veillez nous faire parvenir le présent formulaire dûment rempli par télécopieur en y annexant la documentation pertinente au **1 888 505-4373** ou nous le faire parvenir par la poste à l'adresse suivante **(veuillez ne pas utiliser d'agrafes)** :

Assurance vie Équitable du Canada  
Service des réclamations d'assurance invalidité, Assurance collective  
One Westmount Road North  
P.O. Box 1603 Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7

Veillez conserver une copie du présent formulaire pour vos dossiers.

**Remarque** : l'Assurance vie Équitable ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Assurance vie Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 265-4556.