



DÉCLARATION DU MÉDECIN RELATIVEMENT AUX PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

(ou au gré de l'assureur, pour d'autres prestations qu'il indiquera)

PARTIE 1 : AUTORISATION DU PATIENT – à remplir par la personne titulaire ou assurée

Nom (prénom et nom de famille)

Numéro de contrat

Date de naissance

Numéro de téléphone (avec l'indicatif régional)

Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal)

Adresse courriel

Par la présente, j'autorise la divulgation de tout renseignement demandé concernant cette demande de réclamation à mon assureur.

Signature du patient _____

Date _____
(jour, mois, année)

PARTIE 2 : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

1. Antécédents

a) Date à laquelle les symptômes sont apparus ou l'accident est survenu (jour, mois, année)

b) Date à laquelle la patiente ou le patient a arrêté de travailler (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?
 Oui Non Ne sais pas

d) La patiente ou le patient a-t-il déjà été atteint de cette affection ou d'une affection semblable?
 Non Ne sais pas Oui – veuillez fournir des précisions.

e) L'affection est-elle considérée comme chronique?
 Non Oui – veuillez indiquer ce qui a précipité l'absence du travail.

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

2. Diagnostic (y compris toute complication)

a) Diagnostic principal

b) Autres affections ou complications susceptibles d'influencer la durée de l'absence au travail.

c) Symptômes subjectifs

d) 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.

3. Incapacité physique

En quoi l'état physique de la requérante ou du requérant limite-t-il sa capacité de travail (par exemple, les limitations ou restrictions physiques qui consistent à soulever des charges, porter des charges, se courber, marcher)?

4. Trouble mental ou déficience mentale (le cas échéant)

a) En quoi le problème de santé mentale de la patiente ou du patient influence-t-il sa capacité à travailler?

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

e) Croyez-vous que la patiente ou le patient a la capacité d'endosser des chèques et de donner des directives sur leur affectation?
 Oui Non



DÉCLARATION DU MÉDECIN RELATIVEMENT AUX PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

(ou au gré de l'assureur, pour d'autres prestations qu'il indiquera)

PARTIE 2 : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (suite)

5. Trouble cardiaque (le cas échéant) a) Capacité fonctionnelle (selon la classification de l' <i>American Heart Association</i>) <input type="checkbox"/> Classe 1 (aucune limitation) <input type="checkbox"/> Classe 2 (légère limitation) <input type="checkbox"/> Classe 3 (limitation marquée) <input type="checkbox"/> Classe 4 (limitation complète) Veillez envoyer les résultats des épreuves d'effort et des angiographies ainsi que tout autre document pertinent.		b) Pression artérielle (dernière visite) <hr/> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center;">Systolique</td> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center;">Diastolique</td> </tr> </table>		Systolique	Diastolique
Systolique	Diastolique				
6. Traitement (y compris toute complication) a) Date de la première visite (jour, mois, année) b) Date de la dernière visite (jour, mois, année)		c) Fréquence des visites <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre – veuillez préciser.			
d) Nature du traitement (en prenant d'y indiquer la chirurgie, toute physiothérapie et les médicaments prescrits, le cas échéant)					
e) À votre connaissance, la patiente ou le patient suit-il le traitement recommandé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – veuillez fournir des commentaires.					
7. Progrès Quel est l'état de la patiente ou du patient? <input type="checkbox"/> rétabli <input type="checkbox"/> amélioré <input type="checkbox"/> non amélioré <input type="checkbox"/> détérioré					
8. Pronostic a) L'invalidité empêche-t-elle la patiente ou le patient de travailler? b) Dans l'affirmative, veuillez indiquer quand vous prévoyez que la patiente ou le patient sera rétabli suffisamment pour effectuer des tâches dans le cadre de :		Son emploi habituel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> dans un à trois mois <input type="checkbox"/> dans trois à six mois <input type="checkbox"/> autres – veuillez préciser. <hr/> <input type="checkbox"/> jamais <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> mois jour année </div>			
		Tout autre emploi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> dans un à trois mois <input type="checkbox"/> dans trois à six mois <input type="checkbox"/> autres – veuillez préciser. <hr/> <input type="checkbox"/> jamais <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> mois jour année </div>			
9. Réadaptation a) La patiente ou le patient serait-il un candidat potentiel pour des services de réadaptation (comme un programme cardiopulmonaire, l'orthophonie, etc.)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non b) Recommandez-vous un programme d'orientation professionnelle ou de recyclage professionnel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non c) Un retour à un emploi à l'essai est-il indiqué pour la patiente ou le patient? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – veuillez indiquer la date. <hr style="width: 100px; margin-left: 100px;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px; margin-left: 100px;"> jour mois année </div>					
10. Observations – veuillez fournir tout commentaire ou renseignement supplémentaire que vous jugez pertinent.					
Nom de la ou du médecin traitant (en lettres moulées s.v.p.)		Spécialité			
		N° de téléphone			
Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal)					
Signature		Date (jour, mois, année)			

Remarque : L'Équitable^{MD} 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'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 1 800 668-4095.