

Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité

Tous les honoraires exigés pour remplir la déclaration sont à la charge du patient.

Assurance collective, Manuvie

Règlements Invalidité
C.P. 400, Succursale Place-d'Armes
Montréal (Québec) H2Y 3H1

Téléphone : 1-877-481-9169
Télécopieur : 1-866-292-9050
Courriel : groupe_invalidite@manuvie.ca

1. Information et consentement du patient à remplir par le patient

Nom du patient (nom de famille, prénom ou prénoms) : _____ Téléphone au domicile (avec indicatif régional) : _____ Cellulaire (avec indicatif régional) : _____

Adresse (numéro, rue et bureau) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Nom de l'employeur (le cas échéant) : _____ Numéro du contrat ou de la police : _____ Numéro du certificat (le cas échéant) : _____ Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : _____

Dernier jour de travail (jj/mmmm/aaaa) : _____	Date réelle ou prévue du retour au travail (jj/mmmm/aaaa) : _____
--	---

Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement :

Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence	Indiquez vos : Taille : _____ Poids : _____ Main dominante : Gauche ☐ Droite ☐
1. _____	_____	_____	
2. _____	_____	_____	
3. _____	_____	_____	
4. _____	_____	_____	
5. _____	_____	_____	

J'autorise par la présente la communication à Manuvie ou à ses mandataires des renseignements médicaux et sur ma santé figurant dans mon dossier pour l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et pour l'administration du régime/de la police d'assurance. Les renseignements médicaux et sur la santé comprennent, sans toutefois s'y limiter, copie de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers d'hospitalisation. **Il est entendu** que je peux révoquer mon consentement en tout temps, mais que sans celui-ci ma demande de prestations ne pourra pas être évaluée. **Il est entendu** que tous les honoraires exigés pour remplir le présent formulaire sont à ma charge. **Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.**

Signature du patient : _____ Date du consentement (jj/mmmm/aaaa) : _____

2. Déclaration médicale à remplir par le médecin (ou le professionnel de la santé concerné)

Je suis : le médecin de famille ☐ un spécialiste-conseil ☐ autre ☐ (préciser) : _____

Veuillez répondre au mieux de vos connaissances.

Diagnostic :

Diagnostic primaire :

Diagnostic secondaire ou complications :

S'il s'agit d'un accouchement – Date prévue ou réelle (jj/mmmm/aaaa) : _____ Vaginal ☐ Par césarienne ☐

La condition est-elle attribuable :

à une maladie professionnelle? Oui ☐ Non ☐

à un accident du travail? Oui ☐ Non ☐

à un accident de la route? Oui ☐ Non ☐

à un autre type d'accident? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, précisez la date (jj/mmmm/aaaa) : _____

Suite à la page suivante.

2. Déclaration médicale (suite) à remplir par le médecin (ou le professionnel de la santé concerné)

Avez-vous récemment rempli d'autres demandes de prestations d'invalidité relativement à ce patient? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, qui en a fait la demande? (autre assureur, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) : _____

Date de votre première consultation avec le patient relativement à cette condition (jj/mm/aaaa) : _____	Date du premier jour d'absence du travail en raison de la condition (jj/mm/aaaa) : _____
---	--

Traitement

Par exemple, programme spécial, thérapeutique, médicaments (sauf si déjà indiqués par le patient à la Partie 1)

Fréquence des consultations : Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Autre ☐ (préciser) : _____

Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa) : _____ Date de la prochaine consultation (jj/mm/aaaa) : _____

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même condition ou pour une condition semblable? Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas ☐

Dans l'affirmative, précisez la date. (jj/mm/aaaa) : _____ Fournisseur du traitement : _____

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui ☐ Non ☐

Veuillez expliquer.

Réponse au traitement

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent? Réponse complète ☐ Réponse partielle ☐ Aucune réponse ☐ Trop tôt pour se prononcer ☐

Prévoit-on modifier ou intensifier le programme de traitement actuel? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, précisez.

Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? Oui ☐ Non ☐ Une hospitalisation est-elle prévue? Oui ☐ Non ☐

A-t-il subi ou doit-il subir une intervention chirurgicale ambulatoire? Oui ☐ Non ☐

Veuillez fournir les renseignements suivants ou joindre une copie du rapport d'admission, du rapport de sortie, et/ou du rapport de chirurgie :

Date d'admission (jj/mm/aaaa)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)	Nom de l'établissement
1.		
2.		
3.		

Si le patient a subi ou doit subir une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description.

Date (jj/mm/aaaa)	Description
1.	
2.	



- Si votre patient a repris le travail, ou si la durée prévue de son invalidité est de moins de 4 semaines, veuillez **arrêter ici** et apposer votre signature à la fin du formulaire.
- Pour l'invalidité risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir toutes les pages.

Examens



Veuillez joindre à la présente une copie de tous les documents pertinents :

- résultats de tests/rapports d'examen (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué)
 - **ne pas fournir de résultats de tests génétiques**
- rapports de consultation
- notes cliniques

Le patient est-il en attente de tests/d'examen? Oui ☐ Non ☐

Date (jj/mm/aaaa)	Description
1.	
2.	

Suite à la page suivante.

2. Déclaration médicale (suite) à remplir par le médecin (ou le professionnel de la santé concerné)

Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient consultera un spécialiste relativement à la condition. Oui ☐ Non ☐

	Nom du spécialiste	Spécialité	Date (jj/mmmm/aaaa)
1.			
2.			

Résultats cliniques et observations

Veuillez décrire les symptômes (histoire, gravité, fréquence, etc.).

Indiquez si les symptômes du patient ont évolué jusqu'à présent. Amélioration ☐ Aucune évolution ☐ Détérioration ☐

Restrictions et limitations

À la lumière des résultats cliniques et de vos observations, veuillez décrire les restrictions et limitations cognitives ou physiques actuelles du patient.

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis frappé de restrictions ou révoqué par suite de la condition? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, quand? (jj/mmmm/aaaa) : Type de permis :

Le patient est-il capable de gérer ses propres affaires? Oui ☐ Non ☐

Y a-t-il d'autres facteurs dont vous avez connaissance qui pourraient influencer sur la durée prévue de la période de convalescence et sur les objectifs de retour au travail du patient? Oui ☐ Non ☐

Problèmes sur le lieu de travail ☐ Problèmes sociaux/familiaux ☐ Problèmes financiers/juridiques ☐ Problèmes de personnalité ☐ Dépendance ☐ Autre ☐

Veuillez préciser.

Pronostic

Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient ou son rétablissement.

Retour au travail

Quels sont les objectifs de retour au travail dont vous avez discuté avec le patient? Veuillez préciser.

Avis au médecin/professionnel de la santé :

Les renseignements figurant dans le présent formulaire seront versés à un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou de l'administrateur du régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi.

Nom du médecin traitant/professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie) : Spécialité et numéro de permis/d'inscription : Date de signature (jj/mmmm/aaaa) :

Adresse (numéro, rue et bureau) :

Ville : Province : Code postal :

Téléphone (avec indicatif régional) : Télécopieur (avec indicatif régional) : Courriel :

Signature :