

# DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Dans le présent formulaire, le masculin s'entend également du féminin, selon le contexte.

| Information et consentement de l'employé - À REMPLIR PAR LE PATIENT  |                                |                           |                         |
|--|--------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Nom de l'employé (prénom, second prénom, nom de famille)   |                                |                           |                         |
| Adresse (numéro, rue)  |                                | Ville                     | Province                |
| Code postal  |                                |                           |                         |
| <input type="radio"/> Homme<br><input type="radio"/> Femme   | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | Numéro de téléphone       |                         |
| Nom de l'employeur   |                                | Police n <sup>o</sup>     | Division n <sup>o</sup> |
|  |                                | Certificat n <sup>o</sup> |                         |
| J'autorise par les présentes la transmission de mes renseignements médicaux à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie et/ou à ses agents autorisés aux fins de l'évaluation de ma demande de règlement d'invalidité. Ces renseignements médicaux incluent, sans s'y limiter, des copies des rapports de consultation, des notes cliniques, des résultats d'analyses et des dossiers d'hôpital.<br>Je comprends que je peux mettre fin à ce consentement en tout temps, mais que mon consentement est nécessaire à l'évaluation de ma demande de règlement.<br>Je comprends que je dois assumer tous les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire.<br>Une copie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.<br><b>Les renseignements médicaux ou sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.</b> |                                |                           |                         |
| Signature de l'employé<br><b>X</b>   |                                |                           | Date (jj/mm/aaaa)       |

**Le patient est responsable des frais engagés pour faire remplir le présent formulaire.**

| Déclaration du médecin traitant - À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Taille   | <input type="radio"/> pi/po<br><input type="radio"/> cm | Poids  | <input type="radio"/> lb<br><input type="radio"/> kg |
| Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)  |   |  |  |
| Diagnostic principal :   |   |  |  |
| Conditions associées pouvant prolonger l'invalidité :  |   |  |  |
| <b>Historique - veuillez remplir les sections pertinentes en page 2 concernant les détails des invalidités</b>   |   |  |  |
| Date de la première apparition des symptômes ou de l'accident (jj/mm/aaaa)   |   | Date de la première consultation pour la condition actuelle (jj/mm/aaaa) |  |
| Date à laquelle le patient a été considéré comme étant médicalement inapte au travail en raison de la condition actuelle (jj/mm/aa)  |   | À quelle fréquence avez-vous vu le patient?                              |  |
| La condition du patient découle-t-elle d'une blessure ou d'une maladie liée à l'emploi? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> je ne sais pas   |   |  |  |
| Le patient a-t-il déjà souffert de la même condition ou d'une condition semblable? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui – veuillez décrire :  |   |  |  |
| Cette condition est-elle considérée comme chronique? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui – qu'est-ce qui a entraîné l'absence du travail?  |   |  |  |
| Le patient est-il retourné au travail? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui – veuillez préciser la date (jj/mm/aaaa) :  |   |  |  |
| <b>Restriction de permis</b>   |   |  |  |
| Le permis de conduire ou tout autre permis professionnel ou certificat du patient a-t-il fait l'objet d'une restriction ou d'une annulation par suite de l'invalidité? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui – dans l'affirmative, veuillez préciser le type de permis : |   |  |  |
| Type de permis   | Catégorie de permis (s'il y a lieu)                     | Date de la restriction (jj/mm/aaaa)                                      |  |

Veuillez remplir seulement les sections applicables au diagnostic principal ou aux conditions associées pour ce patient.

|   |      |      |
|---|------|------|
| <b>Limitations visuelles</b> <input type="radio"/> non applicables  |      |      |
| Quelle était la vue du patient lors de son dernier examen?  | O.D. | O.G. |
| Avec des verres   |      |      |
| Sans verres   |      |      |
| La vue du patient peut-elle être améliorée en tout ou en partie? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui - veuillez préciser :              |      |      |
| O.D. : <input type="radio"/> Verres <input type="radio"/> Traitement <input type="radio"/> Opération <input type="radio"/> Aucune amélioration possible |      |      |
| O.G. : <input type="radio"/> Verres <input type="radio"/> Traitement <input type="radio"/> Opération <input type="radio"/> Aucune amélioration possible |      |      |
| Veuillez indiquer la nature du traitement et la date prévue de l'opération, s'il y a lieu :   |      |      |
|   |      |      |

|  |
|--|
| <b>Limitations physiques</b> <input type="radio"/> non applicables   |
| <input type="radio"/> Catégorie 1 – Aucune limitation de la capacité fonctionnelle, peut effectuer des travaux lourds, aucune restriction (0 % à 10 %)<br><input type="radio"/> Catégorie 2 – Légère restriction de la capacité fonctionnelle, peut effectuer des travaux légers et modérés (15 % à 30 %)<br><input type="radio"/> Catégorie 3 – Restriction modérée de la capacité fonctionnelle, peut effectuer du travail de bureau/administratif sédentaire) (35 % à 55 %)<br><input type="radio"/> Catégorie 4 – Restriction marquée de capacité fonctionnelle, peut effectuer des tâches minimales (sédentaires) (60 % à 70 %)<br><input type="radio"/> Catégorie 5 – Restriction importante de la capacité fonctionnelle, ne peut effectuer aucune tâche, si minime soit-elle (sédentaire) (75 % à 100 %) |
| Quelles sont les limitations? (se pencher, soulever, etc.)? Pour chacune des affirmations suivantes, cochez la ou les réponse(s) appropriée(s) :   |
| Le patient peut soulever jusqu'à :<br><input type="radio"/> 10 lb <input type="radio"/> 20 lb <input type="radio"/> 50 lb <input type="radio"/> 100 lb <input type="radio"/> plus de 100 lb <input type="radio"/> aucune charge  |
| Le patient peut soulever et transporter :<br><input type="radio"/> jusqu'à 10 lb <input type="radio"/> jusqu'à 25 lb <input type="radio"/> jusqu'à 50 lb <input type="radio"/> plus de 50 lb <input type="radio"/> aucune charge   |
| Le patient peut : <input type="radio"/> grimper <input type="radio"/> se mettre à genou <input type="radio"/> se pencher <input type="radio"/> s'étirer <input type="radio"/> ramper <input type="radio"/> s'accroupir<br><input type="radio"/> entendre <input type="radio"/> serrer <input type="radio"/> garder son équilibre   |

|  |
|--|
| <b>Limitations cardiaques</b> <input type="radio"/> non applicables  |
| Veuillez indiquer la plus récente tension artérielle du patient : Systolique _____ Diastolique _____   |
| Quelle est la capacité fonctionnelle du coeur du patient? (selon les définitions de l'American Heart Association) :  |
| <input type="radio"/> Catégorie 1 (aucune limitation) <input type="radio"/> Catégorie 2 (limitation légère) <input type="radio"/> Catégorie 3 (limitation marquée) <input type="radio"/> Catégorie 4 (limitation totale) |

|   |
|---|
| <b>Limitations psychologiques/psychiatriques</b> <input type="radio"/> non applicables  |
| Quels symptômes indiquent l'existence chez le patient d'une limitation mentale?   |
|   |
| De quelle façon les limitations psychologiques/psychiatriques du patient ont un effet sur sa capacité à travailler?   |
|   |
| Dans quelle mesure la condition actuelle est-elle liée à la situation que le patient vit à la maison? Veuillez préciser :   |
|   |
| L'état du patient est-il lié à une insatisfaction ou à des difficultés au travail? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui – veuillez préciser :  |
|   |
| A-t-il été référé en psychiatrie? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui – veuillez préciser :   |
|   |
| Quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) en fonction du DSM V?  |
|   |
| Croyez-vous que le patient est en mesure d'endosser des chèques et d'en utiliser le profit à bon escient? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non<br>Si non, depuis quelle date? (jj/mm/aaaa) : |
|   |

## Symptômes

Symptômes subjectifs et gravité :

Observations cliniques objectives et résultats significatifs d'examen (radiographies, tests de laboratoire, etc.)  
Veuillez joindre une copie des rapports :

Le patient est-il ou a-t-il été :

alité  confiné à la maison  hospitalisé

Si oui, veuillez fournir les dates :

La condition résulte-t-elle d'une grossesse?  non  oui – quelle est la date prévue ou effective de l'accouchement (jj/mm/aaaa) :

## Traitement

Traitement actuel (y compris posologie et fréquence de la médication, physiothérapie et chirurgie)

Le patient suit-il le traitement recommandé?  oui  non – veuillez préciser :

Le patient a-t-il déjà refusé un traitement ou un test recommandé?  non  oui – veuillez préciser :

Autres praticiens (incluant les physiothérapeutes) que le patient a consultés ou auxquels il a été référé en raison de l'invalidité actuelle :

| Nom | Adresse | Date (jj/mm/aaaa) |
|-----|---------|-------------------|
|     |         |                   |
|     |         |                   |
|     |         |                   |
|     |         |                   |

## Pronostic

Quel est l'état du patient?  stabilisé  amélioré  inchangé  détérioré

Quel est votre pronostic de guérison?

Le patient a-t-il atteint l'état de santé optimal pour sa condition?  oui  non – quand vous attendez-vous à ce que des changements importants dans l'état de santé du patient se produisent?

1-2 mois  3-4 mois  5-6 mois  indéterminé  jamais  autre \_\_\_\_\_

## Réadaptation

Le patient serait-il un candidat potentiel pour des services de réadaptation?  oui  non

Serait-il valable de recommander des conseils de réadaptation professionnelle?  oui  non

Quels facteurs limiteraient vraisemblablement l'efficacité de la réadaptation chez ce patient?

Avez-vous discuté d'un programme de retour au travail avec ce patient?  non  oui – sur quelle base?

Travail à temps partiel, du (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ au (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  régulier ou  adapté

Travail adapté à temps plein, du (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ au (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Travail régulier à temps plein, du (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ au (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

## Commentaires additionnels

### Médecin traitant

L'information contenue dans cette déclaration sera conservée dans un dossier d'assurance vie, santé ou invalidité auprès de l'assureur. Le patient ou un tiers autorisé par la loi ou à qui l'accès en a été accordé pourrait demander à consulter le dossier. En fournissant l'information, je consens à ce que celle-ci soit divulguée sans aucune modification.

|  |                       |                     |             |
|--|-----------------------|---------------------|-------------|
| Nom du médecin traitant (en lettres moulées) |                       | Spécialité          |             |
| Adresse (numéro et rue)                      | Ville                 | Province            | Code postal |
| Numéro de téléphone                          | Numéro de télécopieur | Adresse de courriel |             |
| Signature du médecin<br><b>X</b>             |                       | Date (jj/mm/aaaa)   |             |

### Veillez retourner le tout à :

Service des règlements vie et invalidité  
Solutions d'assurance collective  
L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie  
259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8

N° de téléphone sans frais : 1 800 267-0215  
Numéro de télécopieur sans frais : 1 855 430-9455  
Courriel : grouplifeanddisability@empire.ca

<sup>MD</sup> Marque déposée de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Assurance et placements – Avec simplicité, rapidité et facilité<sup>MD</sup>  
www.empire.ca info@empire.ca

