

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

À faire remplir par le médecin qui traite le patient pour l'invalidité actuelle.

Il faut soumettre les signatures originales à l'Empire Vie.

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

1. À remplir par le patient			
Nom du patient (nom, second prénom, nom de famille)		Numéro(s) de police	
Adresse (numéro et rue)			
Ville	Province	Code postal	Date de naissance (jj/mmm/aa)
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. 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. Je comprends que je dois assumer tous frais engagés pour faire remplir le présent formulaire.			
Signature du patient X			
Fait à (ville et province)		Date du consentement (jj/mmm/aa)	
2. Diagnostic - À faire remplir par le médecin traitant			
Taille cm/pouces	Poids kg/lb	Date de la dernière consultation (jj/mmm/aa)	
Diagnostic principal :			
Conditions associées pouvant prolonger l'invalidité :			
3. Historique			
Au mieux de votre connaissance, ce patient utilise-t-il des produits de tabac ou de nicotine? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sait pas Dans l'affirmative, veuillez indiquer le type et la date du dernier usage :			
Date de la première apparition des symptômes ou de l'accident (jj/mmm/aa)	Date de la première consultation pour la condition actuelle (jj/mmm/aa)	À quelle fréquence avez-vous vu le patient?	
Date à laquelle le patient a été considéré comme étant médicalement inapte au travail en raison de la condition actuelle (jj/mmm/aa)	La condition du patient découle-t-elle d'une blessure ou d'une maladie liée à l'emploi? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sait pas		
Le patient a-t-il déjà souffert de la même condition ou d'une condition semblable? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Dans l'affirmative, veuillez décrire et fournir les dates :			
Cette condition est-elle considérée comme chronique? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sait pas Dans l'affirmative, qu'est-ce qui a déclenché l'absence du travail?			
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"/> oui <input type="radio"/> non			
Dans l'affirmative, veuillez préciser le type de permis :	Catégorie de permis (s'il y a lieu)	Date de la restriction (jj/mmm/aa)	
4. Symptômes			
Symptômes subjectifs et gravité :			
Observations cliniques objectives et résultats significatifs d'examen (radiographies, tests de laboratoire, etc.) :			
Le patient est-il ou a-t-il été : <input type="radio"/> alité <input type="radio"/> confiné à la maison <input type="radio"/> hospitalisé		Dans l'affirmative, veuillez fournir les dates :	
La condition résulte-t-elle d'une grossesse? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Dans l'affirmative, quelle est la date prévue ou effective de l'accouchement (jj/mmm/aa)		

5. Traitement

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

Le patient suit-il le traitement recommandé? oui non Dans la négative, veuillez préciser :

Le patient a-t-il déjà refusé un traitement ou un test recommandé? oui non Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Dressez la liste des autres praticiens que le patient a consultés ou auxquels il a été référé en raison de l'invalidité actuelle.

Nom	Spécialité	Adresse	Date (jj/mmm/aa)

6. Pronostic

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

Quel est votre pronostic de guérison?

Le patient a-t-il atteint l'état de santé optimal pour sa condition? oui non
 Dans la négative, 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

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?

7. Programme de retour au travail

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

Dans l'affirmative, sur quelle base? À temps partiel, du _____ au _____ travail régulier travail adapté
 Travail adapté à temps plein, du _____ au _____
 Travail régulier à temps plein, retour le _____

Si un programme de retour au travail graduel est prévu, veuillez en fournir les détails :

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

8. Limitations physiques ne s'applique pas

- Catégorie 1 – Aucune limite de la capacité fonctionnelle, peut effectuer des travaux lourds, aucune restriction (0 % à 10 %)
- Catégorie 2 – Légère restriction de la capacité fonctionnelle, peut effectuer des travaux légers et modérés (15 % à 30 %)
- Catégorie 3 – Restriction modérée de la capacité fonctionnelle, peut effectuer du travail de bureau/administratif (sédentaire) (35 % à 55 %)
- Catégorie 4 – Restriction marquée de capacité fonctionnelle, peut effectuer des tâches minimales (sédentaires) (60 % à 70 %)
- 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 : 10 lbs 20 lbs 50 lbs 100 lbs plus de 100 lbs aucune charge

Le patient peut soulever et transporter : Jusqu'à 10 lb Jusqu'à 25 lb Jusqu'à 50 lb Plus de 50 lb aucun charge

Le patient peut : Grimper Se mettre à genou Se pencher S'étirer Ramper
 S'accroupir Entendre Serrer Garder son équilibre

9. Limitations cardiaques <input type="radio"/> ne s'appliquent pas			
Quelle était la tension artérielle du patient lors de la dernière visite?		Systolique	Diastolique
Quelle est la capacité fonctionnelle du cœur 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)			
10. Limitations psychologiques/psychiatriques <input type="radio"/> ne s'appliquent pas			
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? Dans l'affirmative, veuillez préciser.			
A-t-il été référé en psychiatrie? Dans l'affirmative, veuillez préciser :			
Quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) en fonction du DSM IV et de l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement?			
Croyez-vous que le patient est en mesure d'endosser des chèques et d'en utiliser le profit à bon escient?			Si non, depuis quelle date? (jj/mmm/aa)
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
11. Limitations visuelles <input type="radio"/> ne s'appliquent pas			
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 par :			
O.D.	<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 d'opération, s'il y a lieu.	
O.G.	<input type="radio"/> Verres <input type="radio"/> Traitement <input type="radio"/> Opération <input type="radio"/> Aucune amélioration possible		
12. Commentaires supplémentaires :			
13. Médecin traitant			
L'information contenue dans la présente déclaration sera conservée dans un dossier d'assurance vie, d'assurance santé ou d'invalidité auprès de l'assureur. Le patient ou une tierce partie autorisée 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)			Numéro de téléphone
Ville	Province	Code postal	Numéro de télécopieur
Signature du médecin X			Date (jj/mmm/aa)