



Déclaration médicale initiale pour l'assurance invalidité

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

Partie 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 (rue, 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-mm-aaaa)																								
Dernier jour de travail (jj-mm-aaaa)		Date réelle ou prévue du retour au travail (jj-mm-aaaa)																										
Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement : <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:40%;">Nom du médicament</th> <th style="width:20%;">Posologie (mg)</th> <th style="width:20%;">Fréquence</th> <th style="width:20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td></td></tr> <tr><td>2. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td></td></tr> <tr><td>3. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td></td></tr> <tr><td>4. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td></td></tr> <tr><td>5. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td></td></tr> </tbody> </table>				Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence		1. _____	_____	_____		2. _____	_____	_____		3. _____	_____	_____		4. _____	_____	_____		5. _____	_____	_____		Indiquez vos : Taille : _____ Poids : _____ Main dominante : Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/>
Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence																										
1. _____	_____	_____																										
2. _____	_____	_____																										
3. _____	_____	_____																										
4. _____	_____	_____																										
5. _____	_____	_____																										
J'autorise par la présente la communication à _____ (société d'assurances) 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-mm-aaaa)																									
Partie 2		Déclaration médicale – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN (ou le professionnel de la santé concerné)																										
Je suis : le médecin de famille <input type="checkbox"/> un spécialiste-conseil <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> (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-mm-aaaa): _____ Vaginal <input type="checkbox"/> Par césarienne <input type="checkbox"/>																												

<p>La condition est-elle attribuable :</p> <p>à une maladie professionnelle? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>à un accident du travail? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>à un accident de la route? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>à un autre type d'accident? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, précisez la date (jj-mm-aaaa) _____</p>	
<p>Avez-vous récemment rempli d'autres demandes de prestations d'invalidité relativement à ce patient? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, qui en a fait la demande? (autre assureur, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) _____</p>	
<p>Date de votre première consultation avec le patient relativement à cette condition (jj-mm-aaaa) _____</p>	<p>Date du premier jour d'absence du travail en raison de la condition (jj-mm-aaaa) _____</p>
Traitement	
<p>Par exemple, programme spécial, thérapeutique, médicaments (sauf si déjà indiqués par le patient à la Partie 1)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Fréquence des consultations : Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (préciser) _____</p> <p>Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa) _____</p> <p>Date de la prochaine consultation (jj-mm-aaaa) _____</p>	
<p>Le patient a-t-il déjà été traité pour la même condition ou pour une condition semblable? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, précisez la date (jj-mm-aaaa) : _____ Fournisseur du traitement : _____</p>	
<p>Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Veuillez expliquer. _____</p> <p>_____</p>	
Réponse au traitement	
<p>Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent?</p> <p>Réponse complète <input type="checkbox"/> Réponse partielle <input type="checkbox"/> Aucune réponse <input type="checkbox"/> Trop tôt pour se prononcer <input type="checkbox"/></p> <p>Prévoit-on modifier ou intensifier le programme de traitement actuel? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, précisez. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Hospitalisation		
Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Une hospitalisation est-elle prévue? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
A-t-il subi ou doit-il subir une intervention chirurgicale ambulatoire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
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. _____	_____	
	<ul style="list-style-type: none"> 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 :		
	<ul style="list-style-type: none"> résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué) – <u>ne pas fournir de résultats de tests génétiques</u> rapports de consultation notes cliniques 	
Le patient est-il en attente de tests/d'examens? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Date (jj-mm-aaaa)	Description	
1. _____	_____	
2. _____	_____	
Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient consultera un spécialiste relativement à la condition.		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Nom du spécialiste	Spécialité	Date (jj-mm-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 <input type="checkbox"/> Aucune évolution <input type="checkbox"/> Détérioration <input type="checkbox"/>		

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-mm-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-mm-aaaa)
Adresse (rue, ville, province, code postal)	Téléphone (avec indicatif régional) Télécopieur (avec indicatif régional) Courriel	
Signature		

Adresse de retour

Faites parvenir la présente déclaration à votre patient ou envoyez-la directement par télécopieur en toute confidentialité au bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie concerné. Veuillez demander à votre patient de vous indiquer le bureau avec lequel il fait affaire. Vous n'avez pas besoin de poster les renseignements que vous envoyez par télécopieur. On peut aussi l'envoyer par courriel : disabilityclaims@sunlife.com. Nous ne pouvons pas garantir la protection ni la confidentialité des communications par courriel pendant qu'elles sont acheminées à Sun Life. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers.

Halifax :
Télec. : 1-866-639-7850
CP 11480 Succ CV
Montréal QC H3C 5P5

Montréal :
Télec. : 1-866-639-7846
CP 11037 Succ CV
Montréal QC H3C 4W8

Toronto :
Télec. : 1-866-639-7851
CP 950 Succ A
Toronto ON M5W 1G5

Kitchener - Waterloo :
Télec. : 1-866-209-7215
CP 100 Succ C
Kitchener ON N2G 3W9

Edmonton :
Télec. : 1-866-639-7820
CP 2733 Succ Main
Edmonton AB T5J 5C9

Vancouver :
Télec. : 1-866-639-7829
CP 48810 Succ Bentall
Vancouver BC V7X 1A6

Montréal
Régime d'assurance invalidité de la
fonction publique fédérale
Télec. : 1-866-639-7849
CP 12500 Succ CV
Montréal QC H3C 5T6