

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"> <thead> <tr> <th>Nom du médicament</th> <th>Posologie (mg)</th> <th>Fréquence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. _____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2. _____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3. _____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4. _____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>5. _____</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 ☐ Droite ☐
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 ☐ 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-mm-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-mm-aaaa) _____	
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'examens (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'examens? Oui ☐ Non ☐

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 ☐ Non ☐

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 ☐ 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-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 :

Téléc. : 1-866-639-7850

CP 11480 Succ CV
Montréal QC H3C 5P5

Edmonton :

Téléc. : 1-866-639-7820

CP 2733 Succ Main
Edmonton AB T5J 5C9

Montréal :

Téléc. : 1-866-639-7846

CP 11037 Succ CV
Montréal QC H3C 4W8

Vancouver :

Téléc. : 1-866-639-7829

CP 48810 Succ Bentall
Vancouver BC V7X 1A6

Toronto :

Téléc. : 1-866-639-7851

CP 950 Succ A
Toronto ON M5W 1G5

Montréal

**Régime d'assurance invalidité de la
fonction publique fédérale**

Téléc. : 1-866-639-7849

CP 12500 Succ CV
Montréal QC H3C 5T6

Kitchener - Waterloo :

Téléc. : 1-866-209-7215

CP 100 Succ C
Kitchener ON N2G 3W9