

Questionnaire du médecin traitant

Demande de prestations d'assurance-invalidité

État de santé mentale

Contrat n° 12500-G

Veillez remplir le présent formulaire en tenant compte de l'état de santé actuel de votre patient. Les renseignements que vous fournirez aideront la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (Sun Life) à comprendre l'affection dont souffre votre patient, le traitement, le pronostic et les possibilités de rétablissement. Nous vous remercions de votre collaboration.

Veillez noter que toute référence au médecin traitant s'entend également du médecin autorisé ou de l'infirmier praticien.

Nota: Le dossier d'assurance-invalidité de votre patient comprend trois questionnaires portant sur : la santé mentale, les troubles musculosquelettiques et les autres affections. Vous ne devez remplir qu'un seul questionnaire. Veuillez choisir celui qui convient le plus à l'état de santé de votre patient. Les frais engagés pour faire remplir le formulaire sont à la charge du patient.

1 Renseignements sur le participant et consentement (à remplir par le patient)					
Prénom		Nom de famille			<input type="checkbox"/> Homme
					<input type="checkbox"/> Femme
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou bureau	
Ville			Province	Code postal	
Numéro de téléphone (domicile)			Autre numéro de téléphone		
Adresse électronique					
Numéro de certificat CG	Taille pi po m cm		Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Date du dernier jour de travail (jj-mm-aaaa)	Date du retour au travail ou date prévue du retour au travail (jj-mm-aaaa)

Veillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement.

Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence

Autorisation et signature du participant

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements personnels à mon sujet, et à les communiquer à la Sun Life ainsi qu'à ses mandataires et fournisseurs de service aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au présent régime. Je reconnais que le présent consentement restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation ou la durée du processus de résolution qui s'ensuivrait si je contestais une décision concernant ma demande de prestations, mais que, aux fins de la vérification, elle demeurera valide pendant la durée du régime. Je conviens que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature du participant X	Date (jj-mm-aaaa)
--------------------------------------	-------------------

2 Renseignements sur l'affection (à remplir par le médecin)

Prénom du participant	Nom de famille	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
-----------------------	----------------	--------------------------------

Je suis le : médecin de famille spécialiste-conseil autre (précisez) _____

Diagnostic actuel

Diagnostic principal
Diagnostic secondaire

Votre patient a-t-il été informé du diagnostic? Non Oui

L'affection est-elle reliée à :

une maladie ou une blessure professionnelle un accident de la route un acte criminel Dans l'affirmative, indiquez la date de l'événement:

Précisions

Date de votre première consultation relativement à cette affection (jj-mm-aaaa)	Date du premier jour d'absence du travail en raison de l'affection (jj-mm-aaaa)
---	---

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection ou pour une affection semblable? Non Oui Dans l'affirmative, précisez la date

Date (jj-mm-aaaa)	Fournisseur du traitement
-------------------	---------------------------

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

Symptômes

Décrire les symptômes, leur gravité et la fréquence à laquelle ils se manifestent.

Symptôme	Fréquence	Gravité

Indiquer si les symptômes de votre patient ont évolué jusqu'à présent. Amélioration Aucune évolution Détérioration

3 Observations cliniques et examens complémentaires

Investigations

Veillez joindre une copie de tous les documents pertinents :

- résultats d'examens (si aucun résultat n'est fourni, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué)
- comptes rendus de consultation

Notez que les résultats d'un test génétique ne sont pas requis; inutile de les joindre au présent formulaire.

Prévoit-on d'autres examens? Non Oui Si oui, indiquez le type d'examen et la date.

Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa)	Description
Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa)	Description
Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa)	Description

Si vous n'êtes pas le spécialiste traitant, votre patient est-il suivi par un spécialiste? Non Oui

Si oui, veuillez joindre une copie des comptes rendus de consultation. Si vous ne joignez pas de comptes rendus de consultation, ou si vous ne les avez pas encore reçus, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom du spécialiste	Spécialité	Date de la consultation (jj-mm-aaaa)
Nom du spécialiste	Spécialité	Date de la consultation (jj-mm-aaaa)

Si non, avez-vous ou prévoyez-vous référer votre patient(e) à un médecin spécialiste? Non Oui

Date de référence (jj-mm-aaaa)

Si oui, veuillez indiquer: _____ Le délai d'attente anticipé: _____

Veillez décrire dans quelle mesure l'affection du participant a une incidence sur ce qui suit :

	Aucune	Légère	Modérée	Grave
Apparence (soins personnels)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigueur ou vitalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de décision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perspicacité ou jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autocritique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poids et/ou appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Observations cliniques et examens complémentaires (suite)

Observations ou commentaires illustrant dans quelle mesure l'affection a une incidence sur votre patient.

Facteurs aggravants

Veuillez indiquer tous les facteurs qui pourraient avoir influé sur le ou les problèmes cliniques et nuire au rétablissement.

- Problèmes au travail Problèmes familiaux ou sociaux Problèmes financiers ou juridiques Forme physique Consommation d'alcool ou usage de stupéfiants
- Effets secondaires de médicaments Perception de la douleur Capacités d'adaptation Personnalité ou motivation Autre

Veuillez préciser.

Veuillez décrire les services de soutien offerts ou envisagés pour aider à régler ces problèmes.

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis frappé de restrictions ou révoqué par suite de l'affection? Non Oui Si oui, quand?

Date (jj-mm-aaaa)	Type de permis

4 Traitement - Programmes spéciaux, thérapies, médicaments

Depuis combien de temps fournissez-vous des soins à ce patient? _____

Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)	Date prévue de la prochaine consultation (jj-mm-aaaa)

Votre patient a-t-il déjà été traité pour la même affection ou pour une affection semblable? Non Oui

Date (jj-mm-aaaa)

Dans l'affirmative, indiquez la date :

--

Fournisseur de soins

--

4 Traitement - Programmes spéciaux, thérapies, médicaments (suite)**Médicaments** (seulement ceux que le patient n'a pas indiqués à la section 1)

Nom du médicament	Posologie	Date où le patient a commencé à le prendre (jj-mm-aaaa)	Façon dont le patient répond/observations

Médicaments prescrits par d'autres médecins

Nom du médicament	Posologie	Date où le patient a commencé à le prendre (jj-mm-aaaa)	Façon dont le patient répond/observations

Renseignements sur le traitement – Troubles psychologiques (ex. : thérapie cognitivo-comportementale, thérapie alcoolisme et toxicomanie, thérapie de groupe, thérapie familiale, thérapie de couple, programme d'hôpital de jour)

Type de traitement	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj-mm-aaaa)	Fréquence des consultations	Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)	Réponse
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		

Renseignements sur le traitement – Affection physique concurrente (ex. : physiothérapie, chiropractie, autre programme de réadaptation)

Type de traitement	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj-mm-aaaa)	Fréquence des consultations	Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)	Réponse
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre		

4 Traitement - Programmes spéciaux, thérapies, médicaments (suite)

Votre patient a-t-il été récemment hospitalisé en raison de son affection actuelle? Non Oui

Si oui, veuillez joindre une copie du rapport de sortie. S'il n'est pas possible de joindre une copie du rapport de sortie, veuillez fournir les renseignements suivants :

Date de toutes hospitalisations

Du (jj-mm-aaaa)	Au (jj-mm-aaaa)	Nom de l'hôpital ou de l'établissement

Réponse au traitement

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

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

Dans la négative, veuillez expliquer.

Envisage-t-on de modifier ou d'intensifier le programme de traitement actuel? Non Oui

Si oui, veuillez expliquer.

5 Pronostic et rétablissement

La Sun Life encourage la réadaptation du salarié en lui proposant de l'assistance, des tâches modifiées ou allégées pour qu'il puisse reprendre le travail dès que cela sera possible sur le plan médical. Compte tenu des renseignements que vous nous donnez, nous pourrions déterminer les possibilités de réadaptation de votre patient.

De quels objectifs de retour au travail avez-vous discuté avec votre patient? Veuillez préciser.

Veuillez fournir le pronostic quant à l'amélioration de votre patient.

Veuillez nous fournir tout autre renseignement qui nous aiderait à comprendre l'affection dont souffre le patient actuellement, les objectifs de rétablissement et le pronostic

6 Attestation du médecin traitant

Les renseignements figurant dans le présent questionnaire seront versés dans un dossier d'invalidité de la Sun Life ou du gestionnaire du régime, et ils peuvent être divulgués au patient, aux tiers autorisés par le patient ou aux mandataires et fournisseurs de services de la Sun Life ayant le droit d'avoir accès à ces renseignements.

En fournissant les présents renseignements, je consens à ce qu'ils soient transmis sans qu'aucune modification y soit apportée. Je comprends que je dois vous indiquer par écrit qu'une telle divulgation au patient ou au tiers autorisé par le patient pourrait avoir un effet néfaste sur la santé du patient.

Nom de famille du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)		Prénom		Timbre du médecin
Spécialiste				
Adresse (numéro et rue)				
Ville		Province	Code postal	
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur		
Signature du médecin X				
				Date (jj-mm-aaaa)

Afin que nous recevions l'information rapidement, veuillez envoyer ce questionnaire, ainsi que tout autre renseignement que vous voudriez présenter à l'appui de la demande de règlement de l'employé, par télécopieur, en toute confidentialité, au numéro indiqué ci-dessous. Vous pouvez aussi envoyer les documents par la poste au Bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie de Montréal. Il n'est pas nécessaire d'envoyer par la poste les renseignements qui ont été envoyés par télécopieur. Veuillez conserver les documents originaux pour vos dossiers.

Bureau de gestion invalidité groupe de Montréal
Régime d'assurance-invalidité de la fonction publique fédérale
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
C. P. 12500, Succursale CV
Montréal QC H3C 5T6
Télec. : 1 866 639-7850

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Financière Sun Life.