

POUR NOUS PERMETTRE D'ÉVALUER LA DEMANDE DE VOTRE PATIENT, IL EST PRIMORDIAL QUE VOUS RÉPONDIEZ À **TOUTES** LES QUESTIONS **EN ENTIER**.

**Directives :**

1. Veuillez écrire en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**.
2. La partie 1 doit être remplie par le patient.
3. La partie 2 doit être remplie par le médecin.
4. Le patient assumera les frais exigés par le médecin pour remplir le présent formulaire.

NUMÉRO DU  
RÉGIME \_\_\_\_\_

**Partie 1 : Autorisation du patient**

Nom (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Adresse : Numéro et rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) : \_\_\_\_\_

J'autorise mes fournisseurs de soins de santé ou de soins de réadaptation à divulguer des renseignements à mon égard, y compris les renseignements médicaux et les rapports de consultation me concernant, à la Great-West, dans le cadre des enquêtes sur ma ou mes demandes de règlement et de l'évaluation de ces dernières, de la gestion des protections que je peux détenir auprès de la Great-West et de l'administration du régime collectif.

Je reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour enquêter sur ma ou mes demandes de règlement et évaluer ces dernières, gérer les protections que je peux détenir auprès de la Great-West et administrer le régime collectif. Je reconnais que mon consentement permet à la Great-West de traiter mes demandes de règlement et que le refus de consentir peut entraîner du retard ou le refus de mes demandes de règlement.

Je peux révoquer mon consentement en tout temps moyennant l'envoi d'une directive écrite à cet égard.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Partie 2 : Déclaration du médecin traitant**

1. **Diagnostic** (y compris toute complication). **Veillez joindre des copies de tous les rapports de consultation, les protocoles opératoires et les rapports de pathologie.**

Date à laquelle le cancer a été diagnostiqué : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Foyer de la tumeur : \_\_\_\_\_

Nature de la tumeur : \_\_\_\_\_

Histologie et stadification : \_\_\_\_\_

2. **Historique**

Date de l'apparition des symptômes : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Votre patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection similaire?  Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez les diagnostics et les dates des traitements. \_\_\_\_\_

Décrivez les symptômes actuels : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation pour l'affection actuelle : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

3. Taille actuelle : \_\_\_\_\_ Poids actuel : \_\_\_\_\_ Perte ou gain de poids à ce jour : \_\_\_\_\_

4. Selon vous, à partir de quelle date l'affection du patient a-t-elle commencé à l'empêcher d'accomplir son travail?

Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

5. **Traitement**

Date de la première consultation : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date de la dernière consultation : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Fréquence des consultations :  Hebdomadaire  Mensuelle  Autre

Si « Autre », veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Traitement : Donnez tous les renseignements sur les traitements effectués à ce jour et à venir, y compris :

Intervention chirurgicale : \_\_\_\_\_

Radiothérapie : \_\_\_\_\_

Hormones : \_\_\_\_\_

Chimiothérapie : \_\_\_\_\_

6. **Hospitalisation** (si elle s'est révélée nécessaire par suite de la maladie ou de la blessure)

Date d'admission à l'hôpital : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du congé : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du traitement à titre de patient externe : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

7. Décrivez la réaction au traitement à ce jour :  S.O.  Partielle  Totale

Décrivez tous les facteurs de comorbidité : \_\_\_\_\_

Décrivez toutes les séquelles résultant du traitement : \_\_\_\_\_

Pronostic : \_\_\_\_\_

8. L'affection est-elle attribuable à une blessure ou à une maladie découlant du travail du patient?  Oui  Non

Dans l'affirmative, votre bureau a-t-il présenté, au nom du patient, une demande de prestations pour cette affection à la Commission de la santé et de la sécurité du travail?  Oui  Non

9. Veuillez indiquer les capacités physiques actuelles de votre patient :

Tâches sédentaires : doit rester principalement en position assise; position debout et marche à l'occasion; peut soulever des charges de 5kg ou moins.

Tâches légères : doit soulever fréquemment des charges jusqu'à 5 kg, parfois jusqu'à 11 kg; peut avoir à marcher ou à rester debout ou assis fréquemment et à pousser et à tirer avec ses bras ou ses jambes, ou les deux.

Tâches moyennes : doit soulever fréquemment des charges jusqu'à 11 kg, parfois jusqu'à 23 kg; peut avoir à soulever, à transporter, à pousser ou à tirer fréquemment des charges.

Tâches lourdes : doit soulever fréquemment des charges jusqu'à 23 kg, parfois jusqu'à 45 kg.

Selon vous, quelle est la date la plus rapprochée à laquelle votre patient pourrait retourner au travail?

Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Si l'emploi précédent pouvait être modifié, à quel moment votre patient pourrait-il commencer un emploi de réadaptation?

Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

10. Donnez le nom des autres médecins qui ont participé ou qui participeront à l'évaluation des problèmes médicaux de votre patient et **joignez des copies de tous les rapports de consultation disponibles.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Nous vous saurions gré de nous fournir tout autre renseignement susceptible de nous aider à mieux comprendre le patient et l'affection dont il souffre.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Spécialité \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal) : \_\_\_\_\_

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

POUR NOUS PERMETTRE D'ÉVALUER LA DEMANDE DE VOTRE PATIENT, IL EST PRIMORDIAL QUE VOUS RÉPONDIEZ À **TOUTES** LES QUESTIONS **EN ENTIER**.

**Directives :**

1. Veuillez écrire en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**.
2. La partie 1 doit être remplie par le patient.
3. La partie 2 doit être remplie par le médecin
4. Le patient assumera les frais exigés par le médecin pour remplir le présent formulaire.

NUMÉRO DU  
RÉGIME \_\_\_\_\_

**Partie 1 : Autorisation du patient**

Nom (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Adresse : Numéro et rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) : \_\_\_\_\_

J'autorise mes fournisseurs de soins de santé ou de soins de réadaptation à divulguer des renseignements à mon égard, y compris les renseignements médicaux et les rapports de consultation me concernant, à la Great-West, dans le cadre des enquêtes sur ma ou mes demandes de règlement et de l'évaluation de ces dernières, de la gestion des protections que je peux détenir auprès de la Great-West et de l'administration du régime collectif.

Je reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour enquêter sur ma ou mes demandes de règlement et évaluer ces dernières, gérer les protections que je peux détenir auprès de la Great-West et administrer le régime collectif. Je reconnais que mon consentement permet à la Great-West de traiter mes demandes de règlement et que le refus de consentir peut entraîner du retard ou le refus de mes demandes de règlement.

Je peux révoquer mon consentement en tout temps moyennant l'envoi d'une directive écrite à cet égard.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Partie 2 : Déclaration du médecin traitant**

1. **Diagnostic** (veuillez fournir des copies de toutes les notes cliniques, les rapports d'examen et les rapports de consultation pertinents se trouvant au dossier)

Premier diagnostic : \_\_\_\_\_

Deuxième diagnostic : \_\_\_\_\_

Date de l'apparition des symptômes : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date de la première consultation : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

À partir de quelle date l'affection du patient a-t-elle commencé à l'empêcher d'accomplir son travail : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date de la dernière consultation : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Fréquence des consultations :  Hebdomadaire  Mensuelle  Autre \_\_\_\_\_

Date d'admission à l'hôpital : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du congé : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du traitement à titre de patient externe : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

Symptômes subjectifs (y compris la gravité, la fréquence et la durée) : \_\_\_\_\_

2. **Constatations cliniques**

Douleurs thoraciques d'origine cardiaque  Syncope  Fatigue  Dyspnée attribuable à une congestion vasculaire ou à l'hypoxie

Troubles psychophysiologiques  Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Lectures de la tension artérielle au cours des six derniers mois (y compris les dates) \_\_\_\_\_

Taille actuelle \_\_\_\_\_ Poids actuel \_\_\_\_\_ Perte ou gain de poids à ce jour \_\_\_\_\_

État de santé actuel?  Stable  S'améliore  Se détériore

3. **Examens de laboratoire** (déjà faits ou prévus) – Veuillez inclure une copie des résultats d'examens pertinents.

ECG Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_  
Échocardiogramme Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_  
Scintigraphie au thallium à l'effort Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_  
Examens fonctionnels respiratoires Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_  
Examens sanguins Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_  
Radiographies Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_  
Angiographie Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

4. **Traitement**

Médication (dose, fréquence et date des ordonnances) : \_\_\_\_\_

Autre traitement (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Date de la dernière intervention chirurgicale : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Nature de l'intervention : \_\_\_\_\_

Date de la prochaine intervention chirurgicale : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Nature de l'intervention : \_\_\_\_\_

Noms des autres médecins traitants : \_\_\_\_\_

Le patient observe-t-il le traitement prescrit?  Oui  Non Dans la négative, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

Votre patient a-t-il déjà suivi un programme de réadaptation cardiaque?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

5. **Restrictions et limitations**

Capacité fonctionnelle [Société canadienne de cardiologie (SCC)]

Niveau 1 (aucune)  Niveau 2 (limitations légères)  Niveau 3 (limitations modérées)  Niveau 4 (limitations graves)

	Poids	Fréquence	Durée	Quelles restrictions ou limitations précises avez-vous imposées à ce patient à l'égard des tâches liées à sa profession?
Soulever ou transporter	0,5 - 4,5 kg (1 - 10 lb) 5,0 - 9,1 kg (11 - 20 lb) 9,5 - 22,7 kg (21 - 50 lb)			
Pousser ou tirer	0,5 - 4,5 kg (1 - 10 lb) 5,0 - 9,1 kg (11 - 20 lb) 9,5 - 22,7 kg (21 - 50 lb)			Quelle est la portée de ces restrictions et limitations sur la capacité du patient d'accomplir les activités de la vie quotidienne?
Se tenir debout _____ heures Marcher _____ pâtés de maisons Le permis de conduire a-t-il été révoqué? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

6. **Programmes de retour au travail** : \_\_\_\_\_

Pronostic de guérison : \_\_\_\_\_

Date présumée à laquelle le patient peut retourner à sa propre profession : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Si la date n'est pas fixée, veuillez indiquer la prochaine date de suivi : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Si votre patient est dans l'impossibilité de retourner à sa profession habituelle, veuillez préciser quand et dans quelles circonstances il pourrait reprendre le travail (p. ex., retour à des tâches modifiées, retour au travail progressif).

\_\_\_\_\_

**L'évaluation et le traitement s'avèrent difficiles en raison :** (veuillez cocher et fournir des explications dans l'espace prévu à cet effet ci-dessous)

- de troubles affectifs ou de comportement graves, comme la dépression, l'anxiété, etc.
- de l'exagération des symptômes, de constatations cliniques incompatibles, de plaintes subjectives exagérées par rapport aux constatations objectives, d'observations bizarres ou contradictoires
- de problèmes reliés au travail (veuillez les décrire s'ils vous sont connus) \_\_\_\_\_
- de problèmes de toxicomanie \_\_\_\_\_
- d'autres motifs (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**Réadaptation :**

La participation du patient à un programme de réadaptation vous paraît-elle indiquée (p. ex., programme cardiopulmonaire, traitement orthophonique, etc.)?  Oui  Non

Recommandez-vous un programme de réadaptation professionnelle?  Oui  Non

Si « oui » à l'une des deux questions précédentes, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**7. Observations**

Y a-t-il d'autres renseignements que vous aimeriez porter à notre connaissance et qui nous aideraient à mieux comprendre l'état de santé de votre patient ou ses besoins en matière de traitement?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Spécialité \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal) : \_\_\_\_\_

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Déclaration du médecin traitant**

<b>Section A</b>	<b>Renseignements sur le participant de régime / le salarié et son consentement</b> <b>CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PATIENT</b>		
Nom du participant de régime / du salarié (Nom de famille, prénom, initiale du second prénom)		Téléphone au domicile (y compris l'indicatif régional)	Numéro de cellulaire (y compris l'indicatif régional)
Adresse (rue, ville, province, code postal)			
Nom de l'employeur		N° du régime collectif	N° d'identification du salarié de la G.-W. Date de naissance (jj-mm-aaaa)
<b>Date du dernier jour de travail</b> (jj-mm-aaaa) _____	<b>Date de retour au travail, ou date prévue de retour au travail si elle est connue</b> (jj-mm-aaaa) _____		<b>Veillez indiquer :</b> Taille : _____ Poids : _____
<p>J'autorise mes fournisseurs de soins de santé ou de soins de réadaptation à divulguer des renseignements à mon égard, y compris les renseignements médicaux et les rapports de consultation me concernant, à la Great-West, dans le cadre des enquêtes sur ma ou mes demandes de règlement et de l'évaluation de ces dernières, de la gestion de toute protection que je peux détenir auprès de la Great-West et de l'administration du régime collectif.</p> <p>Je reconnais que la Great-West a besoin de mes renseignements personnels aux fins indiquées ci-dessus. Je reconnais que mon consentement permet à la Great-West de traiter ma ou mes demandes de règlement et que tout refus de consentement de ma part peut entraîner un retard dans le traitement de ma ou mes demandes de règlement ou leur refus.</p> <p>Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l'envoi d'un avis écrit en ce sens.</p> <p>Il est entendu qu'il m'incombe d'acquitter tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire.</p> <p>Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.</p>			
Signature du participant de régime / du salarié _____		Date du consentement (jj-mm-aaaa) _____	
<b>Section B</b>	<b>Questionnaire du médecin traitant</b> <b>CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN</b>		
Je suis le : Médecin traitant    Spécialiste-conseil    Autre (veuillez préciser)			
<b>VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES</b>			
<b>1. Diagnostic</b>			
Diagnostic primaire : _____ _____			
Diagnostic secondaire : _____ _____			
L'affection est-elle attribuable à : Une maladie professionnelle ou un accident de travail <input type="checkbox"/> Un accident d'automobile <input type="checkbox"/>			
Dans l'affirmative, indiquez la date de l'évènement (jj-mm-aaaa) : _____			
Précisions : _____ _____			
Date de la première consultation avec vous en raison de 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 cette affection ou pour une affection similaire?    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Dans l'affirmative, indiquez la date (jj-mm-aaaa) : _____ Par qui a-t-il été traité? _____			
Avez-vous récemment rempli d'autres formulaires de demande de règlement d'invalidité pour ce patient?    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Dans l'affirmative, veuillez indiquer le demandeur (autre compagnie d'assurance, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) : _____ _____			

## 2. Symptômes, tels qu'ils sont décrits par le patient

Veillez décrire les symptômes actuels du patient, en précisant leur fréquence et leur gravité : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 3. Vos résultats cliniques et vos observations

Veillez décrire le niveau d'incidence de l'affection sur les aspects suivants :

	Aucune incidence	Légère	Modérée	Importante
Apparence	<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"/>
Énergie / vigueur	<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 décisions	<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 / attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affect / humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

Observations ou commentaires à l'appui de ce qui précède : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 4. Facteurs qui compliquent la situation

Veillez indiquer tous les facteurs susceptibles d'avoir contribué aux problèmes cliniques et de se répercuter sur la convalescence du patient :

- Difficultés au travail     
  Difficultés sociales / familiales     
  Difficultés d'ordre financier / juridique  
 Affection physique     
  Alcoolisme / toxicomanie     
  Effets secondaires de médicaments  
 Perception de la douleur     
  Difficultés d'adaptation     
  Personnalité / manque de motivation     
  Autre

Veillez préciser :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Veillez décrire le soutien en place ou prévu pour aider le patient face à ces difficultés :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 5. Investigations médicales

Veillez joindre une copie de tous les documents pertinents :

- résultats d'examen / investigations médicales (si aucun résultat n'est fourni, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué)
- rapports de consultation

Le patient est-il en attente de tests, d'examens ou de consultations? Oui  Non  Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il rendez-vous dans un avenir rapproché avec un ou plusieurs spécialistes? Oui  Non

Nom du spécialiste \_\_\_\_\_ Spécialité \_\_\_\_\_ Date du rendez-vous (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Motif de la demande de consultation : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le patient détient-il un permis qui a été révoqué ou fait l'objet de restrictions en raison de cette affection?

Oui  Non  Je ne sais pas

Dans l'affirmative, à partir de quelle date? (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_ Type de permis : \_\_\_\_\_

### 6. Médicaments (veuillez continuer la liste sur une feuille distincte si vous manquez d'espace)

Nom du médicament	Posologie initiale et date de la première prise (jj-mm-aaaa)	Posologie actuelle et date du changement, le cas échéant (jj-mm-aaaa)	Réponse

### 7. Hospitalisation

Le patient est-il / a-t-il été hospitalisé? Oui  Non  Est-ce qu'une hospitalisation est prévue? Oui  Non

Date de l'admission (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_ Date du congé (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_ Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

### 8. Précisions sur le traitement – Thérapie psychologique (cognitivo-comportementale, pour toxicomanie / alcoolisme, de groupe, familiale, conjugale, en hôpital de jour, etc.)

Type de thérapie	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj-mm-aaaa)	Fréquence des séances	Date de la dernière séance (jj-mm-aaaa)	Réponse
			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 <input type="checkbox"/>		



**9. Précisions sur le traitement – Traitement simultané pour troubles physiologiques connus** (physiothérapie, chiropratique, autre technique de réadaptation, etc.)

Type de thérapie	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj-mm-aaaa)	Fréquence des séances	Date de la dernière séance (jj-mm-aaaa)	Réponse
			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 <input type="checkbox"/>		

**10. Réponse globale au traitement**

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

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

Veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prévoit-on modifier ou intensifier le programme de traitement actuel? Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11. Pronostic et rétablissement**

Quels sont les objectifs de retour au travail dont vous avez discuté avec le patient? Veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient. \_\_\_\_\_

Veuillez fournir tout autre renseignement qui nous aidera à comprendre l'état de santé actuel du patient, les objectifs de rétablissement et le pronostic.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Note à l'intention du médecin**

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'indemnisation vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou du gestionnaire de régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu l'autorisation ou qui y sont autorisés par la loi.

Médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Spécialité	Date de signature (jj-mm-aaaa)
Adresse		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)
Adresse de courriel		Numéro de télécopieur (y compris l'indicatif régional)
Signature ou timbre		

POUR NOUS PERMETTRE D'ÉVALUER LA DEMANDE DE VOTRE PATIENT, IL EST PRIMORDIAL QUE VOUS RÉPONDIEZ À **TOUTES** LES QUESTIONS **EN ENTIER**.

**Directives :**

1. Veuillez écrire en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**.
2. La partie 1 doit être remplie par le patient.
3. La partie 2 doit être remplie par le médecin.
4. Le patient assumera les frais exigés par le médecin pour remplir le présent formulaire.

NUMÉRO DU  
RÉGIME \_\_\_\_\_

**Partie 1 : Autorisation du patient**

Nom (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Adresse : Numéro et rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) : \_\_\_\_\_

J'autorise mes fournisseurs de soins de santé ou de soins de réadaptation à divulguer des renseignements à mon égard, y compris les renseignements médicaux et les rapports de consultation me concernant, à la Great-West, dans le cadre des enquêtes sur ma ou mes demandes de règlement et de l'évaluation de ces dernières, de la gestion des protections que je peux détenir auprès de la Great-West et de l'administration du régime collectif.

Je reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour enquêter sur ma ou mes demandes de règlement et évaluer ces dernières, gérer les protections que je peux détenir auprès de la Great-West et administrer le régime collectif. Je reconnais que mon consentement permet à la Great-West de traiter mes demandes de règlement et que le refus de consentir peut entraîner du retard ou le refus de mes demandes de règlement.

Je peux révoquer mon consentement en tout temps moyennant l'envoi d'une directive écrite à cet égard.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Partie 2 : Déclaration du médecin traitant**

1. **Diagnostic (veuillez fournir une copie de toutes les notes cliniques pertinentes et de tous les résultats et rapports de consultation pertinents)**

Diagnostic primaire : \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_

Date de l'apparition des symptômes : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date à laquelle le patient a cessé de travailler en raison de son incapacité : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date de la première consultation ou du premier traitement : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Votre patient a-t-il déjà souffert de la même affection ou d'une affection similaire?  Oui  Non  Ne sais pas

Dans l'affirmative, veuillez donner les dates et des précisions sur l'affection concernée : \_\_\_\_\_

Cette affection est-elle liée à une blessure ou à un accident?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Taille actuelle \_\_\_\_\_ Poids actuel \_\_\_\_\_ Perte ou gain de poids à ce jour \_\_\_\_\_

L'incapacité du patient est-elle attribuable à une blessure ou à une maladie liée à son travail?  Oui  Non  Ne sais pas

Dans l'affirmative, les formulaires de la commission des accidents du travail ou de la CSST ont-ils été remplis?  Oui  Non

Date de la dernière consultation : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Fréquence des consultations :  Hebdomadaire  Mensuelle  Autre \_\_\_\_\_

Date d'admission à l'hôpital : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du congé : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Date du traitement à titre de patient externe : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

Nom des autres médecins traitants : \_\_\_\_\_

Références à des spécialistes en attente : \_\_\_\_\_

2. Veuillez présenter toutes les études objectives effectuées ou prévues (radiographies, données d'exams de laboratoire, données tomodensitométriques, etc.) et **joignez une copie de chaque rapport.**

Date	Procédure	Résultats

3. Veuillez indiquer la nature et la gravité des symptômes et des signes liés à l'affection du patient.

	Veuillez décrire les constatations cliniques relatives à la partie du corps où la douleur est ressentie	Gravité			
		Grave	Moyenne	Faible	Absente
Douleur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spasmes musculaires		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amyotrophie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diminution des réflexes ostéotendineux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte sensorielle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficiences motrices		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitations lors de l'élévation de la jambe tendue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitation des mouvements		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans le cas de troubles liés à l'arthrite :  En rémission  Douleur continue  Affection stable  
 Douleur saisonnière  Douleur intermittente  En progression

Dans le cas d'une fracture :  Fracture fermée  Fracture par enfoncement  Fracture ouverte  
 Fracture par tassement  Fracture comminutive

#### 4. Traitement

Médicaments (posologie, fréquence de prise et date de prescription) : \_\_\_\_\_

Physiothérapie (type, fréquence, dates) : \_\_\_\_\_

Date de la dernière intervention chirurgicale : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Nature de l'intervention : \_\_\_\_\_

Date de la prochaine intervention chirurgicale : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Nature de l'intervention : \_\_\_\_\_

Autre type de traitement : \_\_\_\_\_

Le patient observe-t-il le traitement prescrit?  Oui  Non Dans la négative, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

#### 5. Restrictions et limitations

		Nombre d'heures d'affilée					Nombre total dans une journée				
		<1	1 - 2	2 - 4	4 - 6	6 - 8	<1	1 - 2	2 - 4	4 - 6	6 - 8
Se tenir debout	<input type="checkbox"/> Aucune limitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/> Aucune limitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher sur une surface inégale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir	<input type="checkbox"/> Aucune limitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduire un véhicule	<input type="checkbox"/> Aucune limitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce patient peut soulever ou porter des objets pesant au maximum :	kg	0	5	9	14	18	23	27	32	36	41 et plus
	lb	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90 et plus
<input type="checkbox"/> Aucune limitation	<input type="checkbox"/> À répétition – Combien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> À l'occasion – Combien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez indiquer dans l'espace ci-dessous si le patient peut faire les activités suivantes :

**[Fréquemment (F), Occasionnellement (O) ou Pas du tout (P)]**

Conduire un véhicule \_\_\_\_\_ Se pencher \_\_\_\_\_ S'asseoir sur ses talons \_\_\_\_\_ S'agenouiller \_\_\_\_\_

Grimper \_\_\_\_\_ Étendre les bras au-dessus des épaules \_\_\_\_\_ Étendre les bras en-dessous des épaules \_\_\_\_\_

6. **Pronostic / Programmes de retour au travail :**

Pronostic de guérison : \_\_\_\_\_

Date présumée à laquelle le patient peut retourner à sa propre profession : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Si la date n'est pas fixée, veuillez indiquer la prochaine date de suivi : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Si votre patient est dans l'impossibilité de retourner à sa profession habituelle, veuillez préciser quand et dans quelles circonstances il pourrait reprendre le travail (p. ex., retour à des tâches modifiées, retour au travail progressif). \_\_\_\_\_

**L'évaluation et le traitement s'avèrent difficiles en raison :** (veuillez cocher et fournir des explications dans l'espace prévu à cet effet ci-dessous)

- de troubles affectifs ou de comportement graves, comme la dépression, l'anxiété, etc.
- de l'exagération des symptômes, de constatations cliniques incompatibles, de plaintes subjectives exagérées par rapport aux constatations objectives, d'observations bizarres ou contradictoires
- de problèmes liés au travail (veuillez les décrire s'ils vous sont connus) \_\_\_\_\_
- de problèmes de toxicomanie \_\_\_\_\_
- d'autres motifs (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**Réadaptation :**

La participation du patient à un programme de réadaptation vous paraît-elle indiquée?  Oui  Non

Recommandez-vous un programme de réadaptation professionnelle?  Oui  Non

Si « oui » à l'une des deux questions précédentes, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

7. **Observations**

Y a-t-il d'autres renseignements que vous aimeriez porter à notre connaissance et qui nous aideraient à mieux comprendre l'état de santé de votre patient ou ses besoins en matière de traitement?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Spécialité \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal) :

\_\_\_\_\_

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Le patient doit acquitter tous les frais demandés pour remplir le présent formulaire.

**Autres troubles**

**Déclaration du médecin traitant – Demande de règlement d'assurance invalidité de longue durée**

<b>Section 1</b>	<b>Renseignements sur le participant de régime/le salarié et son consentement</b> <b>CETTE DÉCLARATION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PATIENT</b>																										
Nom du participant de régime / du salarié <small>(Nom de famille, prénom, initialé du second prénom)</small>		Téléphone au domicile <small>(y compris l'indicatif régional)</small>	Numéro de cellulaire <small>(y compris l'indicatif régional)</small>																								
Adresse (rue, ville, province, code postal)																											
Nom de l'employeur	N° du régime collectif	N° d'identification du salarié de la G.-W.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)																								
Date du dernier jour de travail <small>(jj-mm-aaaa)</small>		Date de retour au travail ou date prévue de retour au travail <small>(jj-mm-aaaa)</small>																									
Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement : <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">Nom du médicament</th> <th style="width:20%;">Dose (mg)</th> <th style="width:20%;">Fréquence?</th> <th style="width:30%;"></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	Dose (mg)	Fréquence?		1. _____	_____	_____	_____	2. _____	_____	_____	_____	3. _____	_____	_____	_____	4. _____	_____	_____	_____	5. _____	_____	_____	_____	Veuillez indiquer :  Taille : _____ Poids : _____  Main dominante : Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/>
Nom du médicament	Dose (mg)	Fréquence?																									
1. _____	_____	_____	_____																								
2. _____	_____	_____	_____																								
3. _____	_____	_____	_____																								
4. _____	_____	_____	_____																								
5. _____	_____	_____	_____																								
J'autorise mes fournisseurs de soins de santé ou de soins de réadaptation à divulguer des renseignements à mon égard, y compris les renseignements médicaux et les rapports de consultation me concernant, à la Great-West, dans le cadre des enquêtes sur ma ou mes demandes de règlement et de l'évaluation de ces dernières, de la gestion de toute protection que je peux détenir auprès de la Great-West et de l'administration du régime collectif. Je reconnais que la Great-West a besoin de mes renseignements personnels aux fins indiquées ci-dessus. Je reconnais que mon consentement permet à la Great-West de traiter ma ou mes demandes de règlement et que tout refus de consentement de ma part peut entraîner un retard dans le traitement de ma ou mes demandes de règlement ou leur refus. Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l'envoi d'un avis écrit en ce sens. Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.																											
Signature du participant de régime / du salarié		Date du consentement (jj-mm-aaaa)																									
<b>Section 2</b>	<b>Déclaration du médecin traitant</b> <b>CETTE DÉCLARATION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN</b>																										
Je suis le : Médecin de famille <input type="checkbox"/> Spécialiste-conseil <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (veuillez préciser) _____																											
<b>VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES</b>																											
<b>Diagnostic</b>																											
Diagnostic primaire : _____																											
Diagnostic secondaire et/ou complications : _____																											
En cas de grossesse, date prévue ou réelle de l'accouchement (jj-mm-aaaa) _____																											

L'affection est-elle attribuable à :	
Une maladie professionnelle ou un accident de travail? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Un accident d'automobile? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, date de l'évènement : (jj-mm-aaaa) _____	Dans l'affirmative, date de l'évènement : (jj-mm-aaaa) _____
Avez-vous récemment rempli d'autres formulaires de demande de règlement d'invalidité pour ce patient? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Dans l'affirmative, veuillez indiquer le demandeur : (autre compagnie d'assurance, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) _____	
Date de la première consultation avec vous en raison de cette affection : (jj-mm-aaaa) _____	Date du premier jour d'absence du travail de l'affection : (jj-mm-aaaa) _____
<b>Traitement</b>	
P. ex. programmes spéciaux, thérapies, médicaments : (si le patient ne l'a pas indiqué dans la <b>Section 1</b> )	
_____	
_____	
_____	
Fréquence des consultations : Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (précisez) _____	
Date de la dernière consultation : (jj-mm-aaaa) _____	
Le patient a-t-il déjà été traité pour cette affection ou pour une affection similaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Dans l'affirmative, indiquez la date : (jj-mm-aaaa) _____ Fournisseur des soins : _____	
Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Veuillez préciser : _____	
<b>Réaction au traitement</b>	
Veuillez décrire la réaction au traitement à ce jour : Complète <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Trop tôt pour le savoir <input type="checkbox"/>	
Des changements sont-ils prévus au programme de traitement actuel? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Dans l'affirmative, précisez lesquels : _____	
<b>Hospitalisation</b>	
Le patient est-il / a-t-il été hospitalisé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Est-ce qu'une hospitalisation est prévue? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Date de l'admission (jj-mm-aaaa)	Date du congé (jj-mm-aaaa)
Nom de l'établissement	
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
Si le patient a subi / doit subir une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description :	
Date (jj-mm-aaaa)	Description
1. _____	_____
2. _____	_____



Le patient détient-il un permis qui a été révoqué ou fait l'objet de restrictions en raison de cette affection? Oui  Non

Dans l'affirmative, à partir de quelle date? (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_ Type de permis : \_\_\_\_\_

Existe-t-il d'autres facteurs non médicaux qui ont un impact sur la période de rétablissement prévue du patient et sur les objectifs de retour au travail?

Oui  Non  Veuillez donner des précisions :

---



---



---



---

### Pronostic

Veuillez indiquer le pronostic du patient quant à l'amélioration et/ou au rétablissement :

---



---



---



---

### Retour au travail

Quels objectifs de retour au travail ont été discutés avec le patient? Veuillez donner des précisions :

---



---



---



---

### Note à l'intention du médecin :

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'indemnisation vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou du gestionnaire de régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu l'autorisation ou qui y sont autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, je consens à ce que les renseignements figurant dans la présente soient divulgués tels quels.

Médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Spécialité	Timbre du médecin
Adresse (rue, ville, province, code postal)		
Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)	Numéro de télécopieur (y compris l'indicatif régional)	
Adresse de courriel		
Signature	Date (jj-mm-aaaa)	