

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 _____