

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 \_\_\_\_\_