

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

Section 1	Renseignements sur le participant de régime/le salarié et son consentement CETTE DÉCLARATION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PATIENT																				
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> </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	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)																			
Section 2	Déclaration du médecin traitant CETTE DÉCLARATION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN																				
Je suis le : Médecin de famille <input type="checkbox"/> Spécialiste-conseil <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (veuillez préciser) _____																					
VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES																					
Diagnostic																					
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) _____
Traitement	
P. ex. programmes spéciaux, thérapies, médicaments : (si le patient ne l'a pas indiqué dans la Section 1)	

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 : _____	
Réaction au traitement	
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 : _____	
Hospitalisation	
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)	