

Déclaration du médecin traitant

Section A	Renseignements sur le participant de régime / le salarié et son consentement CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PATIENT		
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)
Date du dernier jour de travail (jj-mm-aaaa) _____	Date de retour au travail, ou date prévue de retour au travail si elle est connue (jj-mm-aaaa) _____		Veillez indiquer : 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) _____	
Section B	Questionnaire du médecin traitant CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN		
Je suis le : Médecin traitant Spécialiste-conseil Autre (veuillez préciser)			
VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES			
1. Diagnostic			
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		