

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 _____