

Guide de l'employé pour faire une

Demande de prestations d'invalidité

et

Demande de prestations d'invalidité de courte durée – assurance collective



SERVICE DE GESTION D'INVALIDITÉ DE RWAM
Une division de RWAM, ADMINISTRATEURS D'ASSURANCE

Employé : Prière de conserver à titre d'information

Faire une demande de prestations d'invalidité peut paraître compliqué. Ce guide a été conçu pour vous aider dans ce processus et donner des réponses aux questions les plus fréquentes.

Quelles sont les conditions à remplir pour toucher des prestations d'Invalidité de courte durée (ICD) ?

Les prestations d'ICD servent à remplacer une partie de votre salaire au cours de la période de temps pendant laquelle vous êtes incapable de travailler en raison d'une maladie ou d'une blessure et vous sont versées jusqu'à ce que vous repreniez le travail.

Pour avoir droit à des prestations d'ICD, vous devez être un employé admissible assuré, respecter la définition d'invalidité totale de votre régime d'assurance collective, accomplir le délai de carence, et d'autre part remplir les conditions de la garantie d'ICD de votre régime d'assurance collective.

Votre demande de prestations d'invalidité n'est pas automatiquement acceptée, pour des raisons qui seront exposées plus tard dans ce guide.

Comment puis-je faire ma demande de prestations d'ICD ?

Dès votre arrêt de travail, veuillez vous assurer que les trois parties du formulaire de demande de prestations ci-joint sont remplies en entier et soumises au Service de gestion d'invalidité de RWAM, 49 Industrial Drive, Elmira, ON N3B 3B1.

Vous devez vous-même remplir la Déclaration de l'Employé et la signer : la Déclaration de l'Employeur doit être remplie par votre employeur/administrateur de régime, et la Déclaration du Médecin traitant doit être remplie et signée par votre médecin traitant. *Vous n'êtes pas obligé de partager vos renseignements médicaux confidentiels avec votre employeur.* Vous pouvez soumettre votre Déclaration de l'Employé et la Déclaration du Médecin traitant directement au Service de gestion d'invalidité de RWAM.

Veuillez demander à votre médecin de donner autant de renseignements pertinents que possible, tels que des copies des documents suivants :

1. Les résultats de tests (analyses de sang, radiographies, tomodensitogrammes, tests psychologiques) ;
2. les notes de dossier de votre médecin ;
3. les rapports de consultation des spécialistes ;
4. les résumés d'admission à et de sortie de l'hôpital, et les protocoles opératoires ; et
5. tous les autres renseignements applicables à votre demande de prestations.

❖ Sauf lorsque cela est interdit par la loi, les honoraires demandés par votre médecin pour remplir des formulaires ou rédiger des rapports sont à votre charge.

Que faire si j'ai fait une demande de prestations auprès de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CAT/CSST) ?

Vous devez tout de même soumettre à votre employeur le formulaire de demande de prestations d'invalidité rempli en vertu de votre régime d'assurance collective ainsi que tout autre document d'appui dans les délais prescrits, comme vous auriez fait si vous n'aviez pas fait de demande auprès de la CAT/CSST. Ainsi, nous aurons reçu votre demande à temps, au cas où votre demande à la Commission de la santé et de la sécurité du travail serait refusée ou le versement de ses prestations cesserait.

Aux termes de la plupart des régimes, les prestations de la CAT/CSST doivent être déduites des prestations d'invalidité. Si vous avez droit à des prestations de la CAT/CSST, veuillez aviser notre bureau afin que nous puissions recalculer le montant des prestations que nous vous versons. Si nous vous avons versé des prestations en trop, vous devrez nous rembourser.

Que se passe-t-il après la soumission de ma demande de prestations d'Invalidité de courte durée ?

Votre demande sera étudiée aussi rapidement que possible. RWAM confirme que vous êtes un employé admissible assuré en vérifiant que :

- vous êtes membre du régime d'assurance collective ;
- les primes sont réglées ; et
- vous étiez toujours employé et effectivement au travail avant de faire votre demande de prestations d'invalidité.

Une fois votre couverture confirmée, nous étudions tous les renseignements soumis, y compris les documents médicaux et la description des fonctions de votre poste, afin de déterminer si vous êtes frappé d'« invalidité totale », tel que stipulé dans la garantie d'ICD de votre régime d'assurance collective.

Votre demande sera retardée si nous ne recevons pas suffisamment de renseignements. Dans ce cas, nous vous aviserons du retard et il se peut que nous vous demandions de nous aider à obtenir plus de renseignements.

Une fois votre demande approuvée, un chèque et une Explication des prestations adressés à vous personnellement dans une enveloppe scellée confidentielle vous seront envoyés par l'intermédiaire de votre employeur.

Suite au verso

Que puis-je faire pour éviter de retarder la décision sur ma demande de prestations ?

1. Assurez-vous que tous les formulaires sont remplis en entier et signés.
2. Donnez des détails supplémentaires sur tous les éléments, tant au travail que chez vous, qui pourraient influencer votre capacité de travailler.
3. Demandez à votre employeur de remettre à votre médecin et nous votre description d'emploi la plus récente ainsi qu'une analyse de chacune des tâches de votre poste.
4. Demandez à votre médecin d'inclure tous rapports de spécialiste, les résultats de toute analyse, ainsi que tout autre renseignement médical. Si nous ne recevons pas suffisamment de renseignements clairs, nous devons correspondre avec votre médecin pour obtenir les renseignements nécessaires et ceci pourrait entraîner un retard de votre demande de prestations.
5. Fournissez des copies de tous dossiers de la CAT/CSST, de la Commission de l'Assurance-emploi, du RPC ou de la RRQ, d'assurance automobile ou de toute autre demande de prestations, si vous avez fait une demande auprès ou vous recevez des prestations de ces autres sources.

Comment et quand se font les versements de mes prestations d'ICD ?

La plupart du temps, les prestations commencent d'après le jour « payable » de maladie, d'accident, ou d'hospitalisation, tel qu'indiqué dans le Barème de prestations d'ICD de votre livret d'employé.

Les prestations vous sont versées toutes les deux semaines. La pratique normale est de vous envoyer les chèques et les explications de prestations adressés à vous personnellement dans une enveloppe scellée confidentielle par l'intermédiaire de votre employeur qui vous les remettra. Cette méthode vous permet de rester en rapport avec votre milieu de travail pendant votre absence et le contact régulier avec votre employeur peut faciliter les projets de votre retour au travail. Dans certains cas, un service de Transfert électronique de fonds (TEF), qui permet un dépôt direct de vos prestations d'ICD directement dans votre compte en banque personnel autorisé, peut être mis en place dans les trois à cinq jours ouvrables, dépendant des instructions/autorisations fournies à RWAM.

Les versements de prestations cessent lorsque : 1) les renseignements médicaux indiquent que vous n'êtes plus atteint d'invalidité totale ; et, 2) vous avez suffisamment recouvré la santé pour pouvoir reprendre le travail en sécurité. Selon votre régime d'assurance collective, vous pourriez avoir droit à des prestations ajustées (réadaptation) si, au début, vous devez reprendre le travail en vertu d'un programme de réadaptation approuvé ; et, 3) la période d'indemnisation maximale stipulée dans votre livret de l'employé s'est écoulée.

Pourquoi devrais-je soumettre des renseignements médicaux supplémentaires une fois ma demande de prestations approuvée ?

Nous demandons des mises à jour périodiques et des preuves de la continuation de votre invalidité totale. Nous pourrions vous envoyer des formulaires, ainsi qu'à votre médecin, que nous vous demanderions de remplir. Dans certains cas, nous écrivons directement à votre médecin. La fréquence de ces rapports dépendra de la nature de votre condition et de la définition d'invalidité totale de la garantie d'ICD de votre régime d'assurance collective.

Réadaptation et retour au travail en toute sécurité

Si votre demande de prestations est approuvée, nous pourrions nous mettre en rapport avec vous afin de discuter de votre retour au travail. Tout le monde profite de votre retour au travail en toute sécurité et sans délai. S'il y a lieu, un chargé de dossiers de notre Service de gestion d'invalidité s'entend avec vous, votre employeur et votre médecin sur un horaire de travail adapté à votre situation.

Pourquoi refuserait-on ma demande de prestations ?

Votre demande sera refusée si vous n'avez pas droit à la couverture, s'il est jugé que les renseignements médicaux n'appuient pas votre invalidité totale, ou si vous n'êtes autrement pas admissible à une couverture en vertu de la garantie d'ICD du régime d'assurance collective.

Si votre demande de prestations est refusée, le Service de gestion d'invalidité de RWAM vous enverra directement une lettre confidentielle vous expliquant les raisons du refus. Votre employeur sera informé de la situation de votre demande de prestations sous pli séparé excluant toutes raisons médicales confidentielles.

Confidentialité

Votre employeur a le droit de savoir que vous avez fait une demande de prestations d'ICD, et d'être informé de certains renseignements essentiels tels que la situation de votre demande, votre capacité de faire votre propre travail et toutes limitations dont il devrait être au courant afin de vous procurer un travail modifié.

RWAM s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels qu'elle recueille, utilise, conserve et divulgue dans le cours nécessaire de ses affaires. RWAM se conformera aux lois fédérales et provinciales sur la protection de la vie privée, lesquelles régissent la protection de tous les renseignements personnels en sa possession. Pour de plus amples renseignements concernant les politiques de la protection de la vie privée de RWAM, veuillez vous reporter à votre Livret de l'employé, demander une copie de notre brochure sur la protection de la vie privée, ou consulter notre site Web au www.rwam.com.

Et si j'ai d'autres questions ?

Veuillez consulter votre Livret de l'employé, y compris le Barème de prestations d'Invalidité de courte durée et les détails donnés dans la section concernant l'ICD. L'administrateur de votre régime ou notre Service des règlements, au 1-877-888-RWAM (7926), sont à votre disposition pour répondre à vos questions ou vous aider avec votre demande de prestations. Citez toujours vos numéros d'assurance collective et de certificat personnel afin de nous aider à mieux vous servir.



Soumettre à :
Service de gestion d'invalidité de RWAM
 Une division de RWAM, Administrateurs d'assurance
 49 Industrial Drive, Elmira, ON N3B 3B1
 Tél. : 519-669-1632 Sans frais : 1-877-888-7926
 Téléc. : 519-669-5135

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Déclaration de l'employeur

(La Déclaration de l'employeur ne doit **pas** être remplie par le demandeur)

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR					
Nom de l'employé <input type="checkbox"/> Mlle. <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme. <input type="checkbox"/> Mad. <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme		N° de régime RWAM	N° de division	N° de certificat	
Nom de famille _____ Prénom _____					
Date de naissance		Si le demandeur a 60 ans ou plus, une copie de son certificat de naissance doit être jointe à la Déclaration de l'employé		NAS (pour les régimes imposables uniquement)	
Jour _____ Mois _____ Année _____					
Adresse _____ N° et rue _____ App. _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____			N° de téléphone (_____) _____ - _____		
Profession (Indiquer le poste occupé juste avant l'arrêt de travail de l'employé)		Donner une brève description des tâches – Joindre une copie de la description de poste			
COUVERTURE / RENSEIGNEMENTS SUR LE RETOUR AU TRAVAIL					
Date d'emploi		Date à laquelle l'employé a été assuré par l'assurance ICD par l'intermédiaire de RWAM		Date à laquelle l'employé a été assuré par l'assurance ICD par un assureur précédent	
Jour _____ Mois _____ Année _____		Jour _____ Mois _____ Année _____		Jour _____ Mois _____ Année _____	
<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> À l'heure <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Contrat (joindre une copie du contrat)		Catégorie/Groupe/Affiliation syndicale à laquelle appartient l'employé (s'il y a lieu)		Heures normales de travail par semaine avant l'arrêt de travail (sans les heures supplémentaires)	
Horaire normal de travail de l'employé (c.-à-d. lundi-vendredi/jours/fins de semaine/quarts de nuit)					
Dernière date de travail		Date : <input type="checkbox"/> Retour au travail <input type="checkbox"/> Retour anticipé		S'il y a lieu, date de l'arrêt de travail (prière de joindre des détails/raisons de l'arrêt ou de la mise à pied)	
Jour _____ Mois _____ Année _____		Jour _____ Mois _____ Année _____		Jour _____ Mois _____ Année _____	
Le trouble médical de l'employé est-il relié à un accident de travail ou à une maladie professionnelle ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, l'employé a-t-il fait une demande d'indemnités d'accident du travail auprès de la CAT/CSST ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Dans la négative, prière de donner des détails/raisons : _____ Note : Si la maladie/blessure de l'employé est supposée être reliée au travail, une demande doit être soumise à la CAT/CSST en plus de faire une demande en vertu de ce régime d'assurance collective.					
Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre employé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Nombre de semaines prévu avant possibilité de retour au travail _____ semaines Dans l'affirmative, le retour au travail est prévu à : <input type="checkbox"/> Propre profession - <input type="radio"/> Temps plein, date _____ <input type="radio"/> Temps partiel, date _____ <input type="checkbox"/> Nouvel emploi/fonctions - <input type="radio"/> Temps plein, date _____ <input type="radio"/> Temps partiel, date _____ Dans la négative, prière d'expliquer (joindre les détails si nécessaire) _____					
RENSEIGNEMENTS SUR LES GAINS / AVANTAGES SOCIAUX					
Indiquer le taux actuel du revenu brut gagné : _____ \$		Date à laquelle le taux actuel de revenu brut gagné est entré en vigueur : _____		Crédit d'impôt personnel actuel par formulaire fédéral TD1 : _____ \$ (joindre le TD1)	
<input type="checkbox"/> Par heure <input type="checkbox"/> Par semaine <input type="checkbox"/> Toutes les 2 semaines <input type="checkbox"/> Par mois <input type="checkbox"/> Par année		Jour _____ Mois _____ Année _____		_____ \$ (joindre le TD1)	
Une partie de la prime est-elle payée par le titulaire de la police/l'employeur ? <input type="checkbox"/> Oui (imposable) <input type="checkbox"/> Non (non imposable) S'il s'agit de prestations non imposables, indiquer le revenu net actuel du demandeur _____ \$ <input type="radio"/> Par semaine <input type="radio"/> Toutes les 2 semaines (après les déductions d'impôt involontaires) <input type="radio"/> Par mois <input type="radio"/> Par année					
Autre revenu : <input type="checkbox"/> Prestations de maladie <input type="checkbox"/> Prestations de la CAT/CSST <input type="checkbox"/> Prestations de l'assurance automobile <input type="checkbox"/> Prestations de maladie de l'A.E. gouvernementale					
Montant _____ \$ par _____ De _____ Jour _____ Mois _____ Année _____ à _____ Jour _____ Mois _____ Année _____					
RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR / LE RÉGIME					
Nom de l'employeur/du régime			Nom du superviseur/directeur immédiat de l'employé		
Adresse _____ N° et rue _____ App. _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____			Téléphone # (_____) _____ - _____ N° de téléc. (_____) _____ - _____		
Formulaire rempli par _____			Titre _____		
Signature X _____			Date _____		

En caractères d'imprimerie s.v.p.

Déclaration de l'employé

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

Indiquer quelle est votre profession et donner une brève description de vos tâches :

Encercler votre niveau de scolarité : <6 7 8 9 10 11 12 Postsecondaire :

Décrire votre état de santé actuel, ses causes et les antécédents médicaux

Date du premier traitement pour cette maladie/blessure	Cette condition médicale vous empêche de travailler depuis	Avez-vous tenté de reprendre le travail ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, date :
..... Jour Mois Année Jour Mois Année Jour Mois Année

Avez-vous déjà eu une blessure ou une maladie semblable auparavant ? Non Oui - Dans l'affirmative, décrire votre état de santé et indiquer la date de la maladie ou de la blessure :Dresser la liste de tous les médecins que vous avez consultés pour votre affection actuelle. **Y joindre des copies de tous rapports de spécialistes disponibles :**

Nom du médecin	Adresse	Dates de consultation		Dates d'hospitalisation		Date du prochain rendez-vous
		De	à	De	à	

RENSEIGNEMENTS SUR TOUTES AUTRES PRESTATIONSAvez-vous fait une demande ou recevez-vous d'autres prestations, assurance-salaire, et/ou rente de retraite ? Non OuiDans l'affirmative, prière de remplir la partie ci-dessous. **Y joindre des copies de toute correspondance/de tous talons de chèque que vous avez reçus :**

Genre de prestations	Montant	Fréquence	Date d'entrée en vigueur	N° de la demande
<input type="checkbox"/> CAT/CSST	\$	par		
<input type="checkbox"/> Assurance automobile	\$	par		
<input type="checkbox"/> AE <input type="radio"/> Maladie <input type="radio"/> Chômage	\$	par		
<input type="checkbox"/> RPC/RRQ <input type="radio"/> Invalidité <input type="radio"/> Retraite	\$	par		
<input type="checkbox"/> Autre (par ex. recours légal)	\$	par		

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT – À ne remplir que si votre condition médicale est le résultat d'un accident ou d'une blessure

Date de l'accident/de la blessure	Heure de l'accident/de la blessure	L'employé était-il au travail pour l'employeur au moment de l'accident ?
..... Mois Jour Année h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Genre d'accident : de travail ou professionnel Auto/Véhicule automobile* Autre (par ex. chute non reliée au travail, coupure, etc.)

Donner des détails sur l'accident/la blessure :

* S'il s'agissait d'un accident auto./de véhicule motorisé, prière de donner des détails sur les circonstances de l'accident :

- L'alcool était-il en cause ? Non Oui
 - L'accident a-t-il été signalé à la police ? Non Oui Dans l'affirmative, joindre une copie du rapport de police
 - Des accusations ont-elles été portées ? Non Oui Dans l'affirmative, contre qui ?
 - Un tiers était-il responsable ? Non Oui
Dans l'affirmative, avez-vous engagé des poursuites pour perte de revenu contre le tiers responsable ?
 Oui – Donner des détails et/ou le nom de votre avocat-conseil
- Non – Expliquer pourquoi vous n'avez pas intenté d'action en justice

AUTORISATION ET CESSON DE DROITS DU DEMANDEUR

En considération des prestations d'invalidité qui m'ont été versées par RWAM, Administrateurs d'assurance, au nom de l'assureur de mon régime d'assurance invalidité (le « Payeur »), je consens par la présente à rembourser au Payeur, conformément aux termes de la police/des documents constituant le régime, toute somme d'argent qui pourrait m'être versée par un tiers conformément à toute stipulation de coordination, de réduction, de « toutes sources », ou de tout autre remboursement en vertu d'un tel régime et qui pourrait être due au Payeur. Je cède irrévocablement à ces fins au Payeur, tous mes droits, titres et intérêts dans toutes telles sommes ainsi que dans tout produit du régime d'assurance collective.

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique, pharmacie ou tout autre établissement qui fournit des soins de santé, l'administrateur du régime collectif ou ses agents, tout assureur, réassureur, régime provincial d'assurance maladie, régie ou agence gouvernementale, mon employeur et mes anciens employeurs, et toute autre personne, organisme ou institution détenant des renseignements personnels sur moi, et ce, tant sur le plan médical que sur mon historique d'emploi, mes dossiers d'emploi et mes finances personnelles, à communiquer et à échanger avec RWAM, Administrateurs d'assurance (« RWAM »), ou leurs représentants autorisés respectifs, tous tels renseignements personnels pour l'une ou l'ensemble des fins suivantes : analyser et confirmer la justesse et le bien-fondé de ma demande, déterminer mon admissibilité aux prestations, administrer ma demande, évaluer et faciliter ma capacité de retourner au travail et administrer le régime collectif.

Au cas où je ne reprendrais pas le travail et ultérieurement à cette demande de prestations d'invalidité de courte durée (ICD), je soumetts une demande de prestations en vertu de toute garantie d'Assurance invalidité de longue durée (ILD) en vertu de laquelle je peux être assuré. Je reconnais et j'autorise que l'on fournira un exemplaire complet du dossier de ma demande de prestations d'ILD détenu par RWAM à l'assureur d'ILD et que ledit dossier fera partie de mon dossier de demande d'ILD aux fins précitées.

Je reconnais que le fait de refuser ou de retirer mon autorisation et ma cession de droits peut retarder l'adjudication de ma demande ou entraîner son refus. Je déclare que les renseignements fournis dans cette Déclaration de l'employé ou dans toute déclaration fournie lors d'une entrevue personnelle ou téléphonique relativement à la présente demande sont/seront vrais, complets et exacts.

Cette autorisation et cession de droits demeureront valides pendant toute la durée du traitement de ma demande à moins que je les révoque par écrit. Toute copie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Signature de l'employé **X** _____ Date _____



Soumettre à :
Service de gestion d'invalidité de RWAM
 Une division de RWAM, Administrateurs d'assurance
 49 Industrial Drive, Elmira, ON N3B 3B1
 Tél. : 519-669-1632 Sans frais : 1-877-888-7926
 Téléc. : 519-669-5135

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

En caractères d'imprimerie s.v.p.

Déclaration du médecin traitant

Prière de répondre à toutes les questions

AUTORISATION DU PATIENT

Nom du patient (En caractères d'imprimerie) _____ Date de naissance du patient _____ N° de groupe RWAM _____ N° de certificat _____

J'autorise la communication de tous renseignements demandés relativement à ma demande de prestations d'invalidité de courte durée à RWAM, Administrateurs d'assurance (« RWAM »). Au cas où je ne reprendrais pas le travail et ultérieurement à cette demande de prestations d'invalidité de courte durée, je soumetts une demande de prestations en vertu de toute garantie d'Assurance invalidité de longue durée (ILD) par laquelle je peux être assuré. J'autorise RWAM à fournir tous renseignements médicaux recueillis à l'assureur d'ILD.

Signature du patient _____ **Date** _____

Note : Le patient est responsable d'obtenir ce formulaire et de régler les frais pour le remplir, sauf dans les provinces régies par des règlements prévus par la loi.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET DIAGNOSTIC

Diagnostic primaire	Diagnostic secondaire
Autres facteurs contributifs ou complications ?	
Depuis combien de temps soignez-vous ce patient ?	
Dans le cas de grossesse, prière de donner la date prévue de l'accouchement	<input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> césarienne
Le patient a-t-il déjà présenté la même affection ou une affection semblable ? <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si « oui », donner la <i>date originale</i> de la maladie/blessure et préciser _____ _____	

ÉTAT ACTUEL

Date des premiers symptômes ou de l'accident	Date de l'arrêt de travail en raison de l'état du patient	Date de la première consultation pour l'état actuel
_____ <small> Jour Mois Année</small>	_____ <small> Jour Mois Année</small>	_____ <small> Jour Mois Année</small>
S'agit-il d'une maladie/blessure professionnelle, ou est-ce lié au travail de quelque façon que ce soit ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, donner des précisions _____ _____		

CONSTATATIONS SUBJECTIVES ET OBJECTIVES / EXAMENS

Taille	Poids	Pression artérielle	Pouls
Limitations physiques et/ou psychologiques (par ex., restrictions physiques de l'amplitude des mouvements, de soulever des charges, etc. et/ou limitations reliées à des problèmes psychologiques/cognitifs) _____ _____			
Troubles cardiaques (le cas échéant) <input type="checkbox"/> Catégorie 1 (aucune limitation) <input type="checkbox"/> Catégorie 2 (légère limitation) <input type="checkbox"/> Catégorie 3 (limitation prononcée) <input type="checkbox"/> Catégorie 4 (limitation complète)			
Diagnostic DSM-5 (le cas échéant) - joindre des copies des notes de dossier à partir de la première consultation jusqu'à maintenant		Psychothérapie/Counseling (le cas échéant)	
_____		Nom du conseiller _____	
_____		Fréquence des séances _____	
Examens (par ex. ECG, radiographie, analyses de labo., etc.)		Date de l'examen	Résumé des résultats (joindre des copies de tous rapports disponibles)
_____		_____	_____
_____		_____	_____
D'autres examens sont-ils prévus ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, préciser le genre et la date _____ _____			

Prière de joindre des copies de toutes les notes de dossier, de tous résultats d'examen et rapports de consultation

CONSTATATIONS SUBJECTIVES ET OBJECTIVES / EXAMENS (suite)

Votre patient a-t-il été dirigé vers un autre médecin ou spécialiste ? Non Oui Dans l'affirmative, prière de remplir le tableau ci-dessous :

Nom du médecin/spécialiste	Spécialité	Dates des consultations

Résumé des constatations des spécialistes ou joindre des copies des rapports _____

TRAITEMENT

Depuis la première visite, à quelle fréquence voyez-vous ce patient ? Toutes les semaines Toutes les deux semaines Mensuellement Autre

Date de la dernière consultation _____ Date de la prochaine consultation _____

Donner la liste des médicaments actuels, des dosages et des dates auxquelles le patient a commencé à les prendre. Donner la raison pour tout changement de médicament.

Le patient a-t-il jamais été hospitalisé ? Non Oui - Dans l'affirmative, nom de l'hôpital _____

Dates d'hospitalisation - Premier séjour : _____ Dates d'hospitalisation - Deuxième séjour (le cas échéant) : _____

Du _____ au _____ Du _____ au _____
 Jour Mois Année Jour Mois Année Jour Mois Année Jour Mois Année

Intervention chirurgicale ? Non Oui - Dans l'affirmative, genre d'intervention _____ Date de l'intervention _____

exécutée prévue

Physiothérapie ? Non Oui Si « Oui », fréquence : _____ Genre de physiothérapie Consultation externe/physiothérapie
 Tous les jours 3x/semaine 1 fois par semaine Autre _____ Exercices autonomes à domicile

Conformément au plan de traitement ? Oui Non - Dans la négative, raisons ? _____

D'autres plans de traitement ? (préciser les dates) _____

LIMITATIONS

Savez-vous quelles sont les fonctions du poste de votre patient ? _____

Quelles fonctions principales de son poste votre patient(e) est-il/elle **capable** d'effectuer ? _____

Quelles fonctions principales de son poste votre patient(e) est-il/elle **incapable** d'effectuer ? (énumérer les facteurs d'incapacité fonctionnelle) _____

Quelles activités de la vie quotidienne sont-elles compromises par cette maladie et comment ? _____

Que fait-on pour aider votre patient à reprendre le travail ? _____

Le patient est sur pied obligé de rester à la maison alité

PRONOSTIC

Évolution du patient Rétablissement Aucune amélioration Amélioration Rétrogression
 Nombre de semaines prévu avant possibilité de retour au travail : _____ semaines

Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre patient ? Oui Non

Dans l'affirmative, le retour au travail est prévu pour : son **propre** emploi - à temps plein, date _____ à temps partiel, date _____
 un **autre** emploi - à temps plein, date _____ à temps partiel, date _____

Si vous n'en avez pas discuté, prière d'expliquer _____

Le patient profiterait-il d'une orientation professionnelle ou de rééducation ? Non Oui - Si « oui », donner la date et des précisions _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie s.v.p.) _____ Médecin de famille ? Non Oui
 Spécialiste ? Non Oui, spécialité : _____

N° de téléphone (_____) - _____ Adresse _____ N° et rue _____ App. _____
 Téléc. (_____) - _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Signature du médecin **X** _____ Date _____