

Déclaration du médecin traitant

Demande de prestations d'invalidité de courte durée

Veuillez remplir le présent formulaire le plus tôt possible afin d'accélérer le traitement de la demande de prestations de votre patient aux termes du Programme d'assurance-invalidité de courte durée de Postes Canada. Le formulaire doit être rempli et retourné au plus tard 14 jours suivant la première journée d'absence afin d'éviter que l'employé subisse une interruption de paiement. Le formulaire rempli doit être envoyé par la poste ou par télécopieur directement à :

LA GREAT-WEST/MORNEAU SHEPELL
50 BURNHAMTHORPE RD W SUITE 316
MISSISSAUGA ON L5B 3C2
Télécopieur : 1 877 562-9126

Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour une blessure ou une maladie professionnelle.

SECTION A À remplir par le patient (en lettres moulées)

Nom de l'employé (nom, prénom usuel, initiale du deuxième prénom) :

Numéro d'employé :

Courriel :

Numéro de téléphone à domicile :

Autre numéro de téléphone :

Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal) :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Agent négociateur (le cas échéant) :

Date à laquelle le formulaire a été remis au médecin (jj/mm/aaaa) :

J'autorise par la présente la communication de renseignements contenus dans mon dossier par le médecin nommé ci-dessous à la Great-West/Morneau Shepell et à ses agents et fournisseurs de services afin qu'ils puissent évaluer ma demande et administrer le programme de gestion d'invalidité relié à cette demande. Ces renseignements médicaux comprennent, sans s'y limiter, les copies des rapports de consultation, les notes cliniques, les résultats d'examen et les dossiers d'hospitalisation étayant cette demande.

Je comprends que je suis responsable de tous les frais connexes à la préparation du présent formulaire.

Signature de l'employé :

Date (jj/mm/aaaa) :

SECTION B À remplir par le médecin traitant (en lettres moulées)

Diagnostic(s) ou diagnostic(s) de travail :

Diagnostic primaire :

En cas de grossesse, date prévue ou réelle de l'accouchement (jj/mm/aaaa) :

En cas de problème psychologique, indiquez le diagnostic conformément à l'axe I du DSM-IV et le score EGF.

Diagnostic secondaire :

Score EGF (le cas échéant) :

L'invalidité diagnostiquée est-elle le résultat : d'une maladie non liée au travail ? d'un accident non lié au travail ?

Le patient a-t-il déjà souffert d'un problème similaire ou connexe ? Non Oui Dans l'affirmative, décrivez le problème :

Le problème est-il considéré comme chronique ? Non Oui Dans l'affirmative, qu'est-ce qui a entraîné l'absence du travail ?

Date de la première visite (jj/mm/aaaa) :

Date de la première incapacité à travailler en raison ou des problèmes actuels (jj/mm/aaaa) :

Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa) :

Date prévue de retour au travail (jj/mm/aaaa) :

Hospitalisation ? Non Oui

Nom de l'établissement :

Date d'admission (jj/mm/aaaa) :

Département ou service où le patient a été admis :

Date du congé (jj/mm/aaaa) :

Traitement (médicaments actuels, type de médicament(s), posologie et durée, physiothérapie, autres) :

SECTION C Déclaration et autorisation du médecin (en lettres moulées)

Je comprends que les renseignements contenus dans cette déclaration seront conservés dans un dossier médical chez Great-West/Morneau Shepell et que le patient ou des tiers à qui un accès a été accordé ou qui y sont autorisés par la loi pourront y accéder. En fournissant ces renseignements, je consens à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) :

Numéro de téléphone :

Numéro de télécopieur :

Signature :

Date de la signature (jj/mm/aaaa) :

REMARQUE POUR LE MÉDECIN : Si vous croyez que le patient sera rétabli dans les deux semaines suivant le début de l'invalidité, aucune information supplémentaire n'est requise. Si ce n'est pas le cas, veuillez remplir la section D.

SECTION D Renseignements supplémentaires pour les absences devant dépasser deux semaines (en lettres moulées)

Décrivez l'état de l'employé en indiquant ses symptômes (gravité et fréquence), vos constatations objectives et l'incidence de l'invalidité sur la vie quotidienne du patient.

Fréquence des visites : Hebdomadaires Mensuelles Autre _____

Taille du patient : _____ Poids du patient : _____

Un rétablissement complet est-il prévu? Non Oui, période de rétablissement prévue _____

Veillez décrire les facteurs qui pourraient influencer la capacité du patient à reprendre le travail.

Veillez joindre des copies de tous les résultats d'examen/de recherche et les rapports de consultation. (Si les résultats d'examen ne sont pas joints, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué.) Si le rapport de consultation n'est pas joint, veuillez indiquer si votre patient a été, ou sera, vu par un spécialiste pour ce problème.

Nom du spécialiste : _____ Spécialité : _____ Date de la visite : _____

Veillez répertorier les complications ou les problèmes supplémentaires ayant un effet sur le niveau de fonctionnement du patient ou la période de rétablissement prévue.

À partir de vos constatations et de vos observations cliniques, veuillez décrire les restrictions et limitations cognitives ou physiques actuelles de votre patient.

Déficience physique

Votre patient a-t-il une déficience physique ?

Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez remplir cette section.

À partir de votre évaluation, veuillez décrire les capacités actuelles de votre patient dans les domaines suivants :

Soulever (poids max./fréquence)		Position assise (durée/fréquence)	
Porter (poids max./distance)		Position debout (durée/fréquence)	
Pousser/tirer (poids max./fréquence)		Marcher (distance/fréquence)	
Marcher sur une surface inégale (distance/fréquence)		Monter (durée/fréquence)	
Travailler en hauteur (distance/fréquence)		Ramper (durée/fréquence)	

Remarques :

Déficience cognitive/mentale

Votre patient souffre-t-il d'une limitation cognitive/mentale ?

Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez remplir cette section.

Indiquez si le patient a actuellement des restrictions cognitives/mentales dans les domaines suivants :

	Aucune	Légère	Moyenne	Grave
Concentration (p. ex. attention, orientation)				
Raisonnement analytique (p. ex. jugement)				
Apprentissage de nouveaux éléments (p. ex. mémoire)				
Compréhension				
Interaction sociale (p. ex. humeur)				
Capacité d'exécuter des tâches multiples				

À votre avis, votre patient est-il apte à gérer ses propres affaires? Non Oui

Remarques :

Réadaptation/retour au travail

Votre patient a-t-il exprimé son désir de retourner au travail? Non Oui

Date prévue de retour au travail avec des tâches intégrales (jj/mm/aaaa) :

Veillez indiquer des détails sur les plans de retour au travail pour le patient.

À votre connaissance, le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Non Oui

Est-ce que l'agrément professionnel, le permis de conduire ou tout autre permis de votre patient a été restreint, suspendu ou révoqué? Non Oui

Signature du médecin :

Date de la signature (jj/mm/aaaa) :