

Comment remplir ce formulaire

Veuillez remplir le présent formulaire au complet le plus tôt possible afin d'accélérer le traitement de votre demande de services accompagnés d'options. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez attacher des feuilles additionnelles. Le formulaire doit être signé par le participant ainsi que le médecin traitant. Le formulaire rempli, ainsi que tout autres documents, doivent être retournés par la poste ou par télécopieur directement à :

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DU CANADA SUR LA VIE
 TARIFICATION MÉDICALE, COLLECTIVE
 CP 6000
 WINNIPEG MB R3C 3A5

TÉLÉCOP. : 1 204 946-8558
 EMAIL: GROUPMED@CANADAVIE.COM



Sections A – C À remplir par le participant

Section A — Renseignements relatifs au participant

N° d'employé	Mlle. <input type="checkbox"/>	Nom de famille	Prénom	Initiales	
M. <input type="checkbox"/>	Mme. <input type="checkbox"/>				
Adresse (à la maison)	Numéro et rue	Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone (à la maison)
Adresse postale si différente de celle indiquée ci-dessus	Numéro et rue	Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone (autre)
Homme <input type="checkbox"/>	Date de naissance (A-M-J)	Titre de l'emploi			
Femme <input type="checkbox"/>	Y A M D J				
Adresse	Numéro et rue	Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone (au travail)

À l'usage de Canada Vie

N° de fichier	Date
	Y A M D J

Section B — Renseignements médicaux de base

Avez-vous connu un changement de poids (prise ou perte) de plus de 4,5 kg (10 livres) au cours des 12 derniers mois? O N

Taille	pi.	po.	Poids	lbs	on.	Poids	Prise <input type="checkbox"/>	lbs	on.	Perte <input type="checkbox"/>
	m.	cm.								

Raison du changement de poids : _____

Nom et prénom de votre médecin	Date de la dernière consultation	Raison de votre visite			
	Y A M D J				
Adresse de votre médecin	Numéro et rue	Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone

Section C — Questionnaire médical

1. Avez-vous déjà soumis une demande d'assurance qui a été refusée, reportée ou donné lieu à une surprime de quelque façon que ce soit? Si oui, remplissez les cases ci-dessous. O N

Date	Raison
Y A M D J	

2. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de l'une des affections ci-dessous ou manifesté des signes ou souffert de l'une de ces affections, ou encore avez-vous obtenu des résultats d'examen positifs, pris des médicaments, reçu des conseils médicaux, des traitements ou des soins à l'égard de l'une de ces affections, ou vous a-t-on informé que vous deviez recevoir des soins ou suivre des traitements à cet égard ?

A - SIDA, VIH ou affections liées au SIDA?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
B - Diabète ?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
C - Sclérose en plaques ?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Section C — Questionnaire médical (suite)

D - Greffe d'un organe ? O N

E - Hépatite, y compris l'état de porteur, autre que l'hépatite A ? O N

F - Accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire ? O N

G - Maladie rénale (sauf calculs rénaux ou infection rénale aiguë avec rétablissement complet) ? O N

H - Maladie d'Alzheimer ou maladie de Parkinson ? O N

I - Maladie du motoneurone, notamment la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig) ? O N

J - Maladie du coeur, (notamment crise cardiaque, angine de poitrine, chirurgie ou trouble vasculaire, pontage coronarien ou angioplastie, insuffisance cardiaque congestive, arythmie, maladie vasculaire périphérique ou anévrisme) ? O N

K - Paralysie ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions. O N

Date Y A M D J	Est-ce dû à un accident? O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Paralysie locale <input type="checkbox"/>	Paralysie générale <input type="checkbox"/>
-----------------------	--	---	---

L - Douleurs thoraciques, douleurs dans les jambes – crampes, cheville enflée ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions. O N

Date Y A M D J	Diagnostic	Cause	Statut
Traitement			

M - Malformation cardiaque congénitale ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions. O N

Date Y A M D J	Diagnostic	Cause	Statut
Traitement			

N - Souffle au coeur, essoufflement, rythme cardiaque irrégulier, hémopathie ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions. O N

Date Y A M D J	Diagnostic	Cause	Statut
Traitement			

O - Troubles des ganglions lymphatiques, du système glandulaire ou trouble thyroïdien ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions. O N

Date Y A M D J	Diagnostic	Cause	Statut
Traitement			

P - Troubles des yeux ou des oreilles menant à la cécité ou à la surdité ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions. O N

Date Y A M D J	Diagnostic	Cause	Statut
Traitement			

Q - Alcoolisme ou toxicomanie ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions. O N

Date Y A M D J	Diagnostic	Cause	Statut
Traitement			

Section C — Questionnaire médical (suite)

R - Troubles cérébraux ou neurologiques, épilepsie, névrite optique, vision trouble ou double, pertes de mémoire, faiblesse, tremblements, engourdissement ou picotement, problème d'équilibre, perte de conscience ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.

O N

Date	Diagnostic	Cause	Statut
Y A M D J			
Traitement			

S - Cancer, leucémie, maladie de Hodgkin ou autre affection maligne ?

O N

Date du début de maladie	Diagnostic	Cause	Statut	Bénin <input type="checkbox"/>
Y A M D J				Maligne <input type="checkbox"/>
Partie du corps affectée		Type		
Traitement				

T - Excroissances, kystes ou tumeurs ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.

O N

Date du début de maladie	Diagnostic	Cause	Statut	Bénin <input type="checkbox"/>
Y A M D J				Maligne <input type="checkbox"/>
Partie du corps affectée		Type		
Traitement				

U - Naevi dysplasiques ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.

O N

Date du début de maladie	Diagnostic	Cause	Statut	Bénin <input type="checkbox"/>
Y A M D J				Maligne <input type="checkbox"/>
Partie du corps affectée		Type		
Traitement				

V - Tout trouble des poumons, des reins, de la vessie, des seins, de la prostate, du tractus gastro-intestinal ou des organes génitaux ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.

O N

Date du début de maladie	Diagnostic	Date des derniers symptômes	Statut
Y A M D J		Y A M D J	
Traitement			

3. Un membre de votre famille immédiate (père, mère, soeurs, frères) a-t-il reçu avant l'âge de 60 ans un diagnostic de cancer, de maladie du coeur, de maladie rénale chronique, d'angine de poitrine, d'accident vasculaire cérébral, de sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de la maladie d'Alzheimer, de sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig) ou de maladie du motoneurone ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions dans le tableau ci-dessous.

O N

Nom du membre de la famille	Relation	État de santé	Âge au début	Âge au décès
	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Sœur <input type="checkbox"/> Autres (précisez)			
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Frère			
	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Sœur <input type="checkbox"/> Autres (précisez)			
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Frère			

A - Si vous avez des antécédents familiaux de cancer du sein ou ovarien, avez-vous subi un examen des seins, une mammographie ou autre test ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.

O N

Date d'examen	Résultats
Y A M D J	

B - Si vous avez des antécédents familiaux de cancer du côlon, avez-vous subi une coloscopie ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.

O N

Date d'examen	Résultats
Y A M D J	

Section C — Questionnaire médical (suite)

4. Au cours des cinq dernières années, vous a-t-on informé d'un résultat anormal par suite de l'un ou l'autre des tests suivants : ECG, ECG à l'effort, échocardiogramme, mammographie, test de Papanicolaou (exclure si deux tests subséquents ont donné un résultat normal), test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique, sigmoidoscopie, coloscopie, biopsie ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.

O N

Date d'examen	Type d'examen	Résultats	Statut												
<table border="1"> <tr> <td>Y</td><td>A</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>M</td><td></td><td>D</td><td>J</td> </tr> </table>	Y	A							M		D	J			
Y	A														
		M		D	J										
Traitement															

5. Sauf en raison d'un rhume, d'arthrose ou de fractures, vous a-t-on informé d'un résultat anormal par suite de l'un ou l'autre des tests suivants : radiographie, tomodensitogramme, imagerie par résonance magnétique ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.

O N

Date d'examen	Type d'examen	Résultats	Statut												
<table border="1"> <tr> <td>Y</td><td>A</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>M</td><td></td><td>D</td><td>J</td> </tr> </table>	Y	A							M		D	J			
Y	A														
		M		D	J										

Remarques: _____

6. Avez-vous déjà eu des problèmes d'hypertension ou de cholestérolémie élevée ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.

O N

Date d'examen	Résultats	Est-ce sous contrôle?												
<table border="1"> <tr> <td>Y</td><td>A</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>M</td><td></td><td>D</td><td>J</td> </tr> </table>	Y	A							M		D	J		
Y	A													
		M		D	J									
Pression sanguine		Traitement												
Systolique ▶	<input type="text" value="Date"/>													
Diastolique ▶	<table border="1"> <tr> <td>Y</td><td>A</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>M</td><td></td><td>D</td><td>J</td> </tr> </table>	Y	A							M		D	J	
Y	A													
		M		D	J									

7. Avez-vous des symptômes ou des troubles pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement ? Devez-vous subir des tests ou attendez-vous les résultats de tests ? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.

O N

Remarques: _____

Tabagisme

Fumeur Non-fumeur Ancien fumeur

A - Depuis combien de temps fumez-vous? ▶

B - Quelle est la moyenne de cigarettes fumées par jour? ▶

C - Quand avez-vous cessé de fumer? ▶

Information additionnel du participant / Remarques finales : _____

J'autorise par la présente la communication de renseignements contenus dans mon dossier par le médecin nommé ci-dessous à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie et à ses agents et fournisseurs de services afin qu'ils puissent évaluer ma demande d'achat de périodes service accompagné d'option dans le cadre du Régime de pension agréé de la Société canadienne des postes. 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 éayant cette demande. Je comprends que je suis responsable de tous les frais connexes à la préparation du présent formulaire.

<table border="1"> <tr> <td>Date</td> </tr> <tr> <td>Y A M D J</td> </tr> </table>	Date	Y A M D J	Signature du participant
Date			
Y A M D J			

Sections D — I À remplir par le médecin traitant

Section D — Réponse au questionnaire médical

1. Veuillez commenter toutes les réponses significatives de la Section C – Questionnaire médical

Remarques: _____

2. Veuillez commenter toutes les conclusions anormales et fournir des copies des rapports de consultation et les résultats de laboratoire et de tests.

Remarques: _____

Liste des conclusions, rapports et résultats de tests ci-jointe : _____

Section E — Incapacité physique

Le patient souffre-t-il d'incapacité physique ? N Si oui, veuillez remplir la section ci dessous.

D'après les constatations objectives, quelle est la capacité physique du patient lorsqu'il doit :

Soulever	Poids max. Fréquence lbs	Rester assis	Durée Fréquence hrs	Rester debout	Durée Fréquence hrs
	Poids max. Fréquence lbs		Durée Fréquence hrs		
Transporter	Poids max. Fréquence lbs	Marcher	Durée Fréquence hrs		
	Poids max. Fréquence lbs		Durée Fréquence hrs		

Veuillez fournir copies des rapports de consultation et des résultats de tests (résultats d'examen radiologiques, d'ECG ou de laboratoire et autres résultats pertinents) et indiquer tout résultat anormal corroborant les restrictions ci-dessous.

Section F — Incapacité cognitive ou mentale

Le patient souffre-t-il d'incapacité cognitive ou mentale ? N Si oui, veuillez remplir la section ci dessous.

Croyez-vous que le patient est capable d'endosser des chèques et de décider de l'affectation des sommes reçues ? N

Veuillez indiquer le degré de restriction pour chacune des catégories suivantes :

	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	
<input type="checkbox"/> Concentration					Quel est le diagnostic selon les critères DSM-IV (Axis 1)? _____
<input type="checkbox"/> Raisonnement analytique					
<input type="checkbox"/> Faculté d'apprentissage					Quel est le score EGF actuel ? _____
<input type="checkbox"/> Compréhension					
<input type="checkbox"/> Interaction sociale					

Veuillez fournir copies des rapports de consultation et des derniers résultats de l'évaluation de l'état mental, et indiquer tout résultat anormal corroborant les restrictions ci-dessus.

Section G — Troubles cardiaques (le cas échéant)

Capacité fonctionnelle

Classe 1 Aucune limitation Classe 2 Limitation légère Classe 3 Limitation marquée Classe 4 Limitation complète

Pression sanguine (Trois dernières visites)

Systolique ▶	Date	Systolique ▶	Date	Systolique ▶	Date
Diastolique ▶	Y A M D J	Diastolique ▶	Y A M D J	Diastolique ▶	Y A M D J

Section H — Troubles visuels (s'il y a lieu)

Au dernier examen, quel était l'état de la vision du patient? OD avec verres correcteurs _____ sans verres correcteurs _____
 OS avec verres correcteurs _____ sans verres correcteurs _____

La vision peut-elle être rétablie complètement ou partiellement? O N Si oui, quel est le plan de traitement ? _____

Section I — Traitement

Médicament courant

Date de début	Nom du médicament	Posologie	Réaction
<input type="text" value="Y A M D J"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="Y A M D J"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="Y A M D J"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autres formes de traitements ou thérapies

Chirurgie Physiothérapie Psychothérapie Autres médicaments Autre

Date de début	Type de traitement	Durée	Réaction
<input type="text" value="Y A M D J"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="Y A M D J"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="Y A M D J"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hospitalisation

Le patient a-t-il été hospitalisé ? O N Si possible, fournir les sommaires d'entrée et de sortie

Date(s) d'admission	Date	Date	Date
<input type="text" value="Y A M D J"/>	<input type="text" value="Y A M D J"/>	<input type="text" value="Y A M D J"/>	<input type="text" value="Y A M D J"/>
<input type="text" value="Y A M D J"/>	<input type="text" value="Y A M D J"/>	<input type="text" value="Y A M D J"/>	<input type="text" value="Y A M D J"/>

Nom de tout autre médecin traitant	Spécialité	Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Réponse au traitement

Remis Amélioré Pas de changement Dégradé

Remarques: _____

Fournir des détails sur tous les changements de plan de traitement, y compris la date d'intervention chirurgicale (le cas échéant), d'enquête médicale et traitement, les médicaments et les thérapies.

Nouveau traitement	Date de début	Date de suivi
<input type="text"/>	<input type="text" value="Y A M D J"/>	<input type="text" value="Y A M D J"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="Y A M D J"/>	<input type="text" value="Y A M D J"/>

Remarques finales: _____

Date	Signature du médecin traitant
<input type="text" value="Y A M D J"/>	<input type="text"/>