

# Questionnaire du médecin traitant

## Demande de prestations d'invalidité de longue durée

Veillez remplir le présent formulaire en tenant compte de l'état de santé actuel de votre patient. Les renseignements que vous fournirez aideront la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (Sun Life) à comprendre l'affection dont souffre votre patient, le traitement, le pronostic et les possibilités de rétablissement. Nous vous remercions de votre collaboration.

Veillez noter que toute référence au médecin traitant s'entend également du médecin autorisé ou de l'infirmier praticien.

**Nota : La trousse ILD de votre patient contient trois questionnaires portant sur : la santé mentale, les troubles musculosquelettiques et les autres affections. Vous ne devez remplir qu'un seul formulaire. Veuillez choisir celui qui convient le plus à l'état de santé de votre patient. Les frais engagés pour faire remplir le formulaire sont à la charge du patient.**

### 1 Renseignements sur le participant et consentement (à remplir par le patient)

|                                |                       |                  |  |                                 |  |  |
|--------------------------------|-----------------------|------------------|--|---------------------------------|--|--|
| Prénom                         |                       | Nom de famille   |  |                                 | <input type="checkbox"/> Homme<br><input type="checkbox"/> Femme |  |
| Adresse (numéro et rue)        |                       |                  |  | Appartement ou bureau           |  |  |
| Ville                          |                       |                  | Province   |                                 | Code postal  |  |
| Numéro de téléphone (domicile) |                       |                  | Autre numéro de téléphone                                  |                                 |  |  |
| Adress électronique            |                       |                  |  |                                 |  |  |
| Numéro de contrat              | Numéro de participant | Taille           | Poids  | Date du dernier jour de travail | Date du retour au travail ou date prévue du retour au travail    |  |
|                                |                       | pi   po   m   cm | <input type="checkbox"/> lb<br><input type="checkbox"/> kg | (jj-mm-aaaa)                    | (jj-mm-aaaa)   |  |

### Veillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement.

| Nom du médicament | Posologie (mg) | Fréquence |
|-------------------|----------------|-----------|
|                   |                |           |
|                   |                |           |
|                   |                |           |
|                   |                |           |

### Autorisation et signature du participant

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements personnels à mon sujet, et à les communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ainsi qu'à ses mandataires et fournisseurs de service aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au présent régime. Je reconnais que le présent consentement restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation ou la durée du processus de résolution qui s'ensuivrait si je contestais une décision concernant ma demande de prestations, mais que, aux fins de la vérification, elle demeurera valide pendant la durée du régime. Je conviens que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique du présent consentement a la même valeur que l'original.

|                               |                   |
|-------------------------------|-------------------|
| Signature du participant<br>X | Date (jj-mm-aaaa) |
|-------------------------------|-------------------|

## 2 Renseignements sur l'affection (à remplir par le médecin)

|                       |                |                                |
|-----------------------|----------------|--------------------------------|
| Prénom du participant | Nom de famille | Date de naissance (jj-mm-aaaa) |
|-----------------------|----------------|--------------------------------|

Je suis le :  médecin de famille  spécialiste-conseil  autre (précisez) \_\_\_\_\_

### Diagnostic actuel

|                       |
|-----------------------|
| Diagnostic principal  |
|                       |
|                       |
|                       |
| Diagnostic secondaire |
|                       |
|                       |

Votre patient a-t-il été informé du diagnostic?  Non  Oui

L'affection est-elle reliée à :

une maladie ou une blessure professionnelle  un accident de la route  un acte criminel Dans l'affirmative, indiquez la date de l'événement:

|            |
|------------|
| Précisions |
|            |
|            |

|   |   |
|---|---|
| Date de votre première consultation relativement à 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 la même affection ou pour une affection semblable?  Non  Oui Dans l'affirmative, précisez la date

|                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| Date (jj-mm-aaaa) | Fournisseur du traitement |
|-------------------|---------------------------|

Avez-vous rempli récemment d'autres demandes de prestations d'invalidité relativement à votre patient?  Non  Oui

### Symptômes

Décrire les symptômes, leur gravité et la fréquence à laquelle ils se manifestent.

| Symptôme | Fréquence | Gravité |
|----------|-----------|---------|
|          |           |         |
|          |           |         |
|          |           |         |
|          |           |         |
|          |           |         |

Indiquer si les symptômes de votre patient ont évolué jusqu'à présent.  Amélioration  Aucune évolution  Détérioration

Grossesse : date ou date prévue de l'accouchement  Voie vaginale  Césarienne

### 3 Observations cliniques et Examens complémentaires

#### Investigations

Veillez joindre une copie de tous les documents pertinents :

- résultats d'examens (si aucun résultat n'est fourni, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué)
- comptes rendus de consultation

Notez que les résultats d'un test génétique ne sont pas requis; inutile de les joindre au présent formulaire.

Prévoit-on d'autres examens?  Non  Oui Si oui, indiquez le type d'examen et la date.

|                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa) | Description |
| Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa) | Description |
| Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa) | Description |

Si vous n'êtes pas le spécialiste traitant, votre patient est-il suivi par un spécialiste?  Non  Oui

Si oui, veuillez joindre une copie des comptes rendus de consultation. Si vous ne joignez pas de comptes rendus de consultation, ou si vous ne les avez pas encore reçus, veuillez fournir les renseignements suivants :

|                    |            |                                      |
|--------------------|------------|--------------------------------------|
| Nom du spécialiste | Spécialité | Date de la consultation (jj-mm-aaaa) |
| Nom du spécialiste | Spécialité | Date de la consultation (jj-mm-aaaa) |

#### Constatations

Une évaluation formelle a-t-elle été faite (par exemple, une évaluation des capacités fonctionnelles)?  Non  Oui

Si oui, veuillez joindre une copie du compte rendu.

Indiquer si votre patient vous a dit éprouver quelque difficulté ou s'il affiche quelque difficulté en ce qui touche ce qui suit. Si tel est le cas, préciser le degré de difficulté.

|  | Aucune                   | Légère                   | Modérée                  | Grave                    | Cette difficulté cadre-t-elle avec l'examen physique ou psychologique? Veuillez fournir des précisions. |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Mémoire                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Prise de décision                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Concentration                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Élocution                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Sommeil                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Sensibilité                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Dextérité                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Conduire                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Marcher                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Se tenir debout                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Grimper                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| S'asseoir                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Tendre les bras audessus des épaules   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Tendre les bras en dessous des épaules | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| S'accroupir                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Se pencher                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |

### 3 Observations cliniques et Examens complémentaires (suite)

À la lumière des observations cliniques, veuillez décrire les restrictions et les limitations d'ordre cognitif et/ou physique s'appliquant actuellement à votre patient.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

#### Troubles cardiaques

Si l'affection est liée à un accident cardiaque, veuillez fournir les renseignements suivants :

| Type de symptôme   | Description |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Douleur thoracique d'origine cardiaque                      |             |
| <input type="checkbox"/> Syncope   |             |
| <input type="checkbox"/> Fatigue   |             |
| <input type="checkbox"/> Dyspnée causée par une congestion vasculaire ou une hypoxie |             |
| <input type="checkbox"/> Psychophysiologie   |             |
| <input type="checkbox"/> Autre   |             |

Mesures de PA au cours des 6 derniers mois (indiquer la date) \_\_\_\_\_

État actuel?  Stable  Meilleur  Pire

Capacité fonctionnelle (American Heart Association)? Si la capacité fonctionnelle est de catégorie 3 ou 4, veuillez joindre la copie des résultats d'une épreuve d'effort ou d'une échocardiographie.

Catégorie 1 (sans restriction)  Catégorie 2 (légère restriction)  Catégorie 3 (restriction marquée)  Catégorie 4 (restriction complète)

La limitation est-elle causée par de l'angine?  Non  Oui

#### Facteurs aggravants

Taille actuelle \_\_\_\_\_ Poids actuel \_\_\_\_\_ Gain ou perte de poids à ce jour \_\_\_\_\_

Votre patient participe-t-il à un programme d'amaigrissement?  Non  Oui Si oui, veuillez donner des précisions.

|  |
|--|
|  |
|  |

Veuillez indiquer tous les facteurs qui pourraient avoir influé sur le ou les problèmes cliniques et nuire au rétablissement.

- Problèmes au travail  Problèmes familiaux ou sociaux  Problèmes financiers ou juridiques  Forme physique  Consommation d'alcool ou usage de stupéfiants
- Effets secondaires de médicaments  Perception de la douleur  Comportement d'automutilation  Capacités d'adaptation  Personnalité ou motivation
- Autre

Veuillez préciser.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

### 3 Observations cliniques et Examens complémentaires (suite)

Veillez décrire les services de soutien offerts ou envisagés pour aider à régler ces problèmes.

|  |
|--|
|  |
|  |

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis frappé de restrictions ou révoqué par suite de l'affection?  Non  Oui Si oui, quand?

| Date (jj-mm-aaaa) | Type de permis |
|-------------------|----------------|
|                   |                |

### 4 Traitement

Votre patient a-t-il été récemment hospitalisé en raison de son affection actuelle?  Non  Oui

Si oui, veuillez joindre une copie du rapport de sortie. S'il n'est pas possible de joindre une copie du rapport de sortie, veuillez fournir les renseignements suivants :

#### Date de toutes hospitalisations

| Du (jj-mm-aaaa) | Au (jj-mm-aaaa) | Nom de l'hôpital ou de l'établissement |
|-----------------|-----------------|--|
|                 |                 |  |
|                 |                 |  |
|                 |                 |  |

Si le patient a subi ou subira une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description.

| Date (jj-mm-aaaa) | Description |
|-------------------|-------------|
|                   |             |
|                   |             |

Depuis combien de temps fournissez-vous des soins à ce patient? \_\_\_\_\_

| Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa) | Date prévue de la prochaine consultation (jj-mm-aaaa) |
|---|---|
|   |   |

Depuis la première consultation, à quelle fréquence avec vous vu le patient?

Hebdomadaire  Toutes les deux semaines  Mensuelle  Autre \_\_\_\_\_

#### Médicaments que vous avez prescrits (seulement ceux que le patient n'a pas indiqués à la section 1)

| Nom du médicament | Posologie | Date où le patient a commencé à le prendre (jj-mm-aaaa) | Façon dont le patient répond/observations |
|-------------------|-----------|---|---|
|                   |           |   |   |
|                   |           |   |   |
|                   |           |   |   |

## 4 Traitement (suite)

### Médicaments prescrits par d'autres médecins

| Nom du médicament | Posologie | Date où le patient a commencé à le prendre (jj-mm-aaaa) | Façon dont le patient répond/observations |
|-------------------|-----------|---|---|
|                   |           |   |   |
|                   |           |   |   |
|                   |           |   |   |

**Renseignements sur le traitement** – Veuillez fournir des précisions sur le programme de traitement établi (ex. : traitement de physiothérapie, gestion de la douleur, traitement de chiropractie, psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale, massage, exercice, autre programme de réadaptation)

| Type de traitement | Nom du fournisseur ou de l'établissement | Date du début du traitement (jj-mm-aaaa) | Fréquence des consultations   | Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa) | Réponse |
|--------------------|--|--|---|---|---------|
|                    |  |  | <input type="checkbox"/> Hebdomadaire<br><input type="checkbox"/> Mensuelle<br><input type="checkbox"/> Autre |   |         |
|                    |  |  | <input type="checkbox"/> Hebdomadaire<br><input type="checkbox"/> Mensuelle<br><input type="checkbox"/> Autre |   |         |
|                    |  |  | <input type="checkbox"/> Hebdomadaire<br><input type="checkbox"/> Mensuelle<br><input type="checkbox"/> Autre |   |         |
|                    |  |  | <input type="checkbox"/> Hebdomadaire<br><input type="checkbox"/> Mensuelle<br><input type="checkbox"/> Autre |   |         |

### Réponse au traitement

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent?  Réponse complète  Réponse partielle  Aucune réponse  Trop tôt pour se prononcer

Votre patient suit-il le programme de traitement recommandé?  Non  Oui Dans la négative, veuillez expliquer.

|  |
|--|
|  |
|  |

Envisage-t-on de modifier ou d'intensifier le programme de traitement actuel?  Non  Oui Si oui, veuillez expliquer.

|  |
|--|
|  |
|  |

## 5 Pronostic et rétablissement

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie encourage la réadaptation du salarié en lui proposant de l'assistance, des tâches modifiées ou allégées pour qu'il puisse reprendre le travail dès que cela sera possible sur le plan médical. Compte tenu des renseignements que vous nous donnez, nous pourrions déterminer les possibilités de réadaptation de votre patient.

De quels objectifs de retour au travail avez-vous discuté avec votre patient? Veuillez préciser.

|  |
|--|
|  |
|  |

## 5 Pronostic et rétablissement (suite)

Veillez fournir le pronostic quant à l'amélioration de votre patient.

|  |
|--|
|  |
|  |

Veillez nous fournir tout autre renseignement qui nous aiderait à comprendre l'affection dont souffre le patient actuellement, les objectifs de rétablissement et le pronostic

|  |
|--|
|  |
|  |

## 6 Attestation du médecin traitant

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'invalidité de l'assureur ou du gestionnaire du régime, et ils peuvent être divulgués au patient, aux tiers autorisés par le patient ou aux mandataires et fournisseurs de services de la Sun Life ayant le droit d'avoir accès à ces renseignements.

En fournissant les présents renseignements, je consens à ce qu'ils soient transmis sans qu'aucune modification y soit apportée. Je comprends que je dois vous indiquer par écrit qu'une telle divulgation au patient ou au tiers autorisé par le patient pourrait avoir un effet néfaste sur la santé du patient.

|   |  |                       |             |                   |
|---|--|-----------------------|-------------|-------------------|
| Nom de famille du médecin traitant (en caractères d'imprimerie) |  | Prénom                |             | Timbre du médecin |
| Spécialiste   |  |                       |             |                   |
| Adresse (numéro et rue)   |  |                       |             |                   |
| Ville   |  | Province              | Code postal |                   |
| Numéro de téléphone   |  | Numéro de télécopieur |             |                   |
| Signature du médecin<br>X                                       |  |                       |             |                   |
|   |  |                       |             | Date (jj-mm-aaaa) |

Faites parvenir la présente déclaration à votre patient ou envoyez-la directement par télécopieur en toute confidentialité au bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie concerné. Veuillez demander à votre patient de vous indiquer le bureau avec lequel il fait affaire. Vous n'avez pas besoin de poster les renseignements que vous envoyez par télécopieur. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers.

### Halifax :

Télec. : 1 866 639-7850

CP 11480 Succ CV

Montréal QC H3C 5P5

### Kitchener - Waterloo :

Télec. : 1 866 209-7215

CP 100 Succ C

Kitchener ON N2G 3W9

### Montréal :

Télec. : 1 866 639-7846

CP 11037 Succ CV

Montréal QC H3C 4W8

### Edmonton :

Télec. : 1 866 639-7820

CP 2733 Succ Main

Edmonton AB T5J 5C9

### Toronto :

Télec. : 1 866 639-7851

CP 950 Succ A

Toronto ON M5W 1G5

### Vancouver :

Télec. : 1 866 639-7829

CP 48810 Succ Bentall

Vancouver BC V7X 1A6

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Financière Sun Life.