

Demande de règlement invalidité (demande de prolongation)
Déclaration du médecin traitant Maladie à caractère psychologique

Section 1 À être remplie par l'employé(e)

Prénom _____ Nom _____ Police _____ Division _____ Certificat _____
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____ Téléphone – Résidence _____ Téléphone - Cellulaire _____

J'autorise par la présente tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le Bureau de renseignement médicaux, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à Assomption Vie ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original. La présente autorisation n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature de l'employé(e) _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____

Section 2 À être remplie par le médecin traitant

PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.

1. Diagnostic selon le DSM IV

A) (Axe I) Pathologie psychiatrique : _____

B) Veuillez décrire les signes, les symptômes ainsi que leur fréquence et préciser le degré de gravité de chacun :

(L = Léger M = Moyen I = Intense)

Signes	L	M	I	Symptômes	L	M	I
_____	<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"/>	<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"/>	<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"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C) (Axe II) Trouble(s) de la personnalité associée Oui Non Préciser : _____

D) (Axe II) Problèmes associés : toxicomanie, alcoolisme ou problèmes de jeu Oui Non
Si oui, préciser : _____

E) (Axe III) Maladie(s) associée(s)
Diagnostic(s) : _____

Médicament(s) prescrit(s) : _____

F) (Axe IV) Stresseurs psychosociaux associés (dans les 12 derniers mois)

<input type="checkbox"/> Problèmes conjugaux ou familiaux	<input type="checkbox"/> Perte d'emploi ou mise à pied	<input type="checkbox"/> Alcoolisme, toxicomanie ou dépendance au jeu
<input type="checkbox"/> Problèmes professionnels	<input type="checkbox"/> Problèmes personnels ou interpersonnels	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____

G) (Axe V) Niveau le plus élevé de l'échelle de fonctionnement global (EFG) :
 - Dans la dernière année : EFG (0-100) _____
 - Actuellement : EFG (0-100) _____

Nom de l'employé(e) : _____

Section 2 À être remplie par le médecin traitant (suite)

2. Traitement et visites

A) Médication

Date de début (JJ/MM/AAAA)	Nom	Posologie	Fréquence
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			

B) Stratégie du traitement avec la médication :

- Augmentée le (JJ/MM/AAAA) ___/___/___ Nom et dosage _____
- Potentialisée le (JJ/MM/AAAA) ___/___/___ Nom et dosage _____
- Combinaison le (JJ/MM/AAAA) ___/___/___ Nom et dosage _____

C) Votre patient(e) consulte-t-il/elle un :

- | | | | |
|---------------------|---|----------------------------|-------------|
| Psychiatre? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Depuis quand? (JJ/MM/AAAA) | ___/___/___ |
| Psychologue? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | ___/___/___ |
| Travailleur social? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | ___/___/___ |
| Autre intervenant? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | ___/___/___ |

D) Votre patient(e) est-il/elle suivi(e) :

- | | | |
|-------------------------------|---|--|
| Dans un centre de traitement? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Précisez :

_____ |
| Dans un CLSC? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Dans un hôpital de jour? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| En thérapie de groupe? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| En thérapie individuelle? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

3. Suivi et pronostic

- A) Date de la dernière consultation : (JJ/MM/AAAA) ___/___/___
- B) Fréquence des suivis : _____
- C) Est-ce que le patient/la patiente sera dirigé(e) à un psychiatre? Oui Non
Nom du médecin : _____ Date de référence : (JJ/MM/AAAA) ___/___/___
- D) Collaboration du/de la patient(e) à son traitement Excellente Moyenne Pauvre
- E) Si vous prévoyez que l'absence au travail se prolongera au-delà de la période normale de convalescence pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic. _____

- F) Est-ce que votre patient(e) bénéficierait d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Oui Non
- G) Considérez-vous que son état se soit amélioré de façon optimale? Oui Non
- H) Date prévue du retour au travail : (JJ/MM/AAAA) ___/___/___
 Date retournée au travail : (JJ/MM/AAAA) ___/___/___
 Indéterminée

Nom de l'employé(e) : _____

Section 2 À être remplie par le médecin traitant (suite)

3. Suivi et pronostic (suite)

- I) Est-ce que votre patient(e) est apte à reprendre son travail habituel? Oui Non
 Est-ce que votre patient(e) est apte à reprendre un autre travail? Oui Non
- J) Quand le/la patient(e) sera-t-il/elle apte à reprendre le travail? : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____
 Temps partiel Temps plein Retour progressif (veuillez en donner la raison : _____)
- K) _____

4. Évaluation des capacités fonctionnelles mentales

Légende	Aucune	0	Aucune limitation
	Légère	1	Légère limitation sans atteinte de la capacité fonctionnelle
	Modérée	2	Affecte le/la patient(e) sans atteinte de la capacité fonctionnelle
	Modérément sévère	3	Atteinte significative de la capacité fonctionnelle
	Sévère	4	Limitation totale de la capacité fonctionnelle

Veuillez encircler le chiffre correspondant à votre évaluation selon la légende indiquée ci-dessus.

1. Capacité à maintenir des relations interpersonnelles et des relations de confiance	0	1	2	3	4
2. Limitation des activités personnelles et des activités quotidiennes de la vie courante	0	1	2	3	4
3. Diminution des intérêts	0	1	2	3	4
4. Comprendre, garder en mémoire les instructions reçues et les exécuter	0	1	2	3	4
5. Réagir adéquatement à la supervision	0	1	2	3	4
6. Effectuer des tâches qui nécessitent des rapports avec autrui de façon régulière	0	1	2	3	4
7. Effectuer un travail qui nécessite peu de rapport avec autrui	0	1	2	3	4
8. Effectuer des tâches qui comportent des exigences intellectuelles minimales	0	1	2	3	4
9. Effectuer des tâches complexes qui demandent un haut niveau de raisonnement, de capacité mathématique et de langue	0	1	2	3	4
10. Effectuer des tâches répétitives à une vitesse adéquate	0	1	2	3	4
11. Effectuer des tâches variées	0	1	2	3	4
12. Constance et rythme	0	1	2	3	4
13. Capacité décisionnelle	0	1	2	3	4
14. Persévérance	0	1	2	3	4
15. Superviser ou gérer des ressources humaines	0	1	2	3	4
16. Capacité à composer avec le stress dans des situations qui demandent une attention soutenue et une rapidité d'exécution	0	1	2	3	4

- A) Est-ce que le patient/la patiente est en mesure de pourvoir à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques? Oui Non
- B) Autres commentaires : _____

5. Coordonnées du médecin traitant

Prénom _____ Nom _____
 Adresse complète _____
 Téléphone _____ Télécopieur _____
 Omnipraticien Spécialiste (précisez) _____ Autre (précisez) _____

Signature du médecin traitant _____

Date (JJ/MM/AAAA) _____

À NOTER : TOUS LES FRAIS DEMANDÉS POUR REMPLIR CE PRÉSENT FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU PATIENT/DE LA PATIENTE.