

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

**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 renseignements 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**

- A) Principal : \_\_\_\_\_  
 B) Secondaire : \_\_\_\_\_  
 C) Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation  
 Scan  IRM  ECG  Autres tests/investigations \_\_\_\_\_  
**Joindre les copies des résultats d'épreuves diagnostiques récentes.**  
 D) Votre patient(e) est-il/elle :  Droitier(e)  Gaucher(e)  
 E) Veuillez dresser la liste des symptômes que vous avez constatés personnellement. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2. Traitements et visites**

A) Médication

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

- B) Traitements additionnels (précisez le type et la fréquence) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

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

**2. Traitements et visites (suite)**

- C) Chirurgie (date et nature de l'intervention) \_\_\_\_\_
- D) Hospitalisation : (JJ/MM/AAAA) du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_
- E) Nom du/des spécialiste(s) consulté(s) : \_\_\_\_\_

**3. Suivi médical et pronostic**

- A) Date de la dernière consultation : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Date de la prochaine consultation : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- B) Tests et examens à venir, précisez \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- C) Fréquence des suivis : \_\_\_\_\_
- D) Référé(e) à un spécialiste?  Oui  Non  
Nom du spécialiste \_\_\_\_\_ Date de référence : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Nom du spécialiste \_\_\_\_\_ Date de référence : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Nom du spécialiste \_\_\_\_\_ Date de référence : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Nom du spécialiste \_\_\_\_\_ Date de référence : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- E) Décrire les **limitations fonctionnelles** qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à son occupation habituelle.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- F) Évolution :  Amélioration  Stable  Aucun changement  Régression
- G) Si vous prévoyez que cette absence au travail se prolongera au-delà de la période normale de convalescence pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- H) Collaboration du/de la patient(e) à son traitement :  Excellente  Moyenne  Pauvre
- I) Est-ce que votre patient(e) bénéficierait d'assistance dans le cadre d'un retour au travail?  Oui  Non
- J)  Date prévue du retour au travail (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Date retournée au travail (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Indéterminée
- K) 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  
 Temps partiel  Temps plein  Retour progressif Veuillez en donner la raison : \_\_\_\_\_
- L) Est-ce que le patient/la patiente est mesure de pourvoir à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques?  Oui  Non

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

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

**4. Limitations et restrictions**

A) Condition cardiaque (si l'arrêt de travail y est liée)

Capacité fonctionnelle selon l'American Heart Association  Catégorie I (aucune limitation)  Catégorie III (limitation importante)  
 Catégorie II (légère limitation)  Catégorie IV (limitation grave)

B) Au cours d'une journée de travail de huit (8) heures, pendant combien de temps votre patient(e) peut-il/elle faire les actions suivantes :

Rester assis :  < 1 h  1 h  2 h  3 h  4 h  5 h  6 h  7 h  8 h  
Rester debout :  < 1 h  1 h  2 h  3 h  4 h  5 h  6 h  7 h  8 h  
Marcher :  < 1 h  1 h  2 h  3 h  4 h  5 h  6 h  7 h  8 h

C) Au cours d'une journée de huit (8) heures, votre patient(e) peut soulever ou transporter : (cocher une case)

- des objets de plus de 100 lb et transporter souvent des objets de 50 lb
- des objets de plus de 100 lb et transporter souvent des objets de 50 lb au plus
- des objets de plus de 50 lb au plus et soulever et transporter souvent des objets de 25 lb au plus
- des objets de plus de 20 lb au plus et soulever et transporter souvent des objets de 10 lb au plus
- des objets de plus de 10 lb au plus et transporter parfois des petits objets

D) Au cours d'une journée de huit (8) heures, votre patient peut faire les actions suivantes à un pourcentage de :

Fonctions des membres		Parfois (0 – 33 %)	Souvent (34 – 66 %)	Constamment (67 – 100 %)	Jamais
Simple préhension	MSG / MSD				
Manipulation délicate	MSG / MSD				
Saisie de clavier (à l'aide des doigts)	MSG / MSD				
Rotation – extension épaule	MSG / MSD				
Rotation – extension coude	MSG / MSD				
Utilisation de commande aux pieds	MIG / MID				

**MSG : Membre supérieur gauche MSD : Membre supérieur droite MIG : Membre inférieur gauche MID : Membre inférieur droite**

E) Toute autre **limitation** (ne peut pas faire) ou **restriction** (devrait éviter) non-mentionnée ci-dessus?

Durée temporaire : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Permanente : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

F) Si votre patiente est enceinte, qu'elle est la date prévue d'accouchement? (JJ/MM/AAAA) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Quels sont les signes, les symptômes et les raisons médicales qui empêchent votre patiente de travailler? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Veillez joindre le dernier rapport obstétrical.**

G) Autres commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de l'employé(e) \_\_\_\_\_

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

**5. Coordonnées du médecin traitant**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse complète \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Omnipraticien  Spécialiste (préciser) \_\_\_\_\_  Autre (préciser) \_\_\_\_\_

Signature du médecin traitant \_\_\_\_\_

Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

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