

Le patient est responsable des frais exigés pour remplir ce formulaire.

Déclaration du médecin traitant – Demande de prestations d’invalidité de courte durée

Renseignements sur la personne participant au régime/le membre du personnel et consentement : À REMPLIR PAR LE PATIENT

Nom de la personne participant au régime/du membre du personnel <small>(nom, prénom, initiale du second prénom)</small>		N° de téléphone à domicile <small>(+ indicatif régional)</small>	N° de téléphone cellulaire <small>(+ indicatif régional)</small>
Adresse <small>(rue, ville, province, code postal)</small>			
Nom de l’employeur		N° du régime collectif	N° de certificat du membre du personnel/de la personne participant au régime
Taille	Poids	Date de naissance <small>(jj/mm/aaaa)</small> _	
Date du dernier jour de travail <small>(jj/mm/aaaa)</small> _		Date de retour au travail ou date de retour au travail prévue <small>(jj/mm/aaaa)</small> _	
<p>Par les présentes, j’autorise la divulgation des renseignements médicaux et de santé dans mon dossier à <u>Wawanesa Vie</u> et/ou ses agents autorisés aux fins de l’évaluation de ma demande de prestations d’invalidité et de l’administration du régime d’avantages sociaux. Ces renseignements médicaux et de santé comprennent, sans s’y limiter, les copies de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers hospitaliers. Je comprends que je peux révoquer ce consentement en tout temps, mais que sans ces renseignements, ma demande de prestations ne peut être évaluée. Je comprends que je suis responsable des frais exigés pour remplir ce formulaire.</p>			
Signature de la personne participant au régime/du membre du personnel		Date du consentement <small>(jj/mm/aaaa)</small>	

Déclaration du médecin traitant : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN



- Si votre patient est de retour au travail ou devrait retourner au travail moins de quatre semaines après la dernière journée de travail, veuillez remplir la page 1 seulement et apposer votre signature à la fin du formulaire.
- Pour les absences devant durer plus de quatre semaines, veuillez remplir les pages 1 et 2 en entier.

VEUILLEZ RÉPONDRE DU MIEUX QUE VOUS POUVEZ

Diagnostic principal : _

Diagnostic secondaire et/ou complications : _

S’il s’agit d’un accouchement – date prévue ou réelle (jj/mm/aaaa) : _____ Par voie vaginale Par césarienne

Maladie professionnelle/accident de travail Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Accident de voiture Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si la réponse est « oui », date de l’événement : <small>(jj/mm/aaaa)</small> _	Si la réponse est « oui », date de l’événement : <small>(jj/mm/aaaa)</small> _

Date de la première visite relativement à cette absence pour des raisons médicales (jj/mm/aaaa) : _____ Première date d’absence du travail en raison de l’affection: (jj/mm/aaaa)

Hospitalisation Est-ce que le patient a dû faire un séjour à l’hôpital ou a subi une chirurgie d’un jour

Date de l’admission (jj/mm/aaaa) _____ Date du congé (jj/mm/aaaa) _____ Nom de l’établissement _____

Si une chirurgie a été réalisée, veuillez fournir la date et une description de la chirurgie
Date (jj/mm/aaaa) _____ Description : _

Traitement (médicament, dosage, physiothérapie, autre) :

Pronostic Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement (c.-à-d. la durée prévue de l’absence) :

Suite de la déclaration du médecin traitant pour les absences pouvant durer plus de quatre semaines

Est-ce que le patient a reçu un traitement pour la même affection ou une affection similaire dans le passé?

Oui Non

Si la réponse est « oui », date : (jj/mm/aaaa) _____ Fournisseur du traitement : _____

Veillez décrire les symptômes du patient, leur historique, leur gravité et leur fréquence : _____

Fréquence des visites : Hebdomadaire Mensuelle Autre _____

Veillez joindre des copies de tous les documents pertinents suivants :

- résultats de tests/d'investigations (nous interpréterons l'absence de résultats de tests joints aux présentes comme une indication qu'aucun test n'a été réalisé)
- rapports de consultation et notes au dossier

Si vous ne joignez pas de rapport de consultation, veuillez indiquer si votre patient a consulté ou consultera un des spécialistes relativement à cette affection.

Nom des spécialistes _____ Spécialité _____ Date de la visite _____

Selon vos constatations cliniques et observations, veuillez décrire les restrictions et limites cognitives et/ou physiques actuelles du patient.

Veillez énumérer toute complication et affection supplémentaire ayant une incidence sur le niveau de fonctionnement ou la période de rétablissement prévue de votre patient.

Est-ce que le patient suit le programme de traitement recommandé? Oui Non

Avez-vous des inquiétudes quant à la capacité du patient de gérer ses propres affaires? Oui Non

Pronostic Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement (c.-à-d. la durée prévue de l'absence), si non indiqué à la page 1 :

Remarque à l'intention du médecin :

Les renseignements contenus dans la présente déclaration seront conservés dans un dossier de prestations d'assurance vie, maladie ou invalidité auprès de l'assureur ou de l'administrateur du régime et peuvent être accessibles au patient ou à des tiers à qui l'accès a été accordé ou qui sont légalement autorisés à y avoir accès. En fournissant ces renseignements, je consens à la divulgation, sans modifications, des renseignements contenus dans les présentes.

Médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Spécialité reconnue	Sceau du médecin
Adresse (rue, ville, province, code postal)		
N° de téléphone (+ indicatif régional)	N° de télécopieur (+ indicatif régional)	
Signature	Date de la signature (jj/mm/aaaa)	

Formulaire de Détermination des capacités fonctionnelles

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE DU PERSONNEL

Nom _____ Prénom _____ N° de police/de demande _____

Ce formulaire doit être rempli par le professionnel de la santé traitant. Une fois rempli, ce formulaire permettra à l'employeur de répondre aux besoins d'un membre du personnel malade ou a qui a subi une blessure ou, si l'absence est inévitable, d'assurer son retour au travail dès que la personne est en mesure de retourner au travail en toute sécurité.

Remarque : Comme ce formulaire sera transmis à l'employeur, veuillez éviter de donner des renseignements sur le diagnostic, les symptômes ou le traitement.

1. Date de l'examen (jj/mm/aaaa) : _____ Zone de la blessure : _____
2. Est-ce que le membre du personnel est en mesure de retourner au travail immédiatement sans restrictions? Oui Non (si la réponse est « non », veuillez remplir la section ci-dessous)

Estimation des capacités, sauf indication contraire :

Marcher : <input type="checkbox"/> Capacité complète <input type="checkbox"/> Jusqu'à 100 mètres <input type="checkbox"/> De 100 à 200 mètres <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	Rester en position debout : <input type="checkbox"/> Capacité complète <input type="checkbox"/> Jusqu'à 15 minutes <input type="checkbox"/> De 15 à 30 minutes <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	Rester en position assise : <input type="checkbox"/> Capacité complète <input type="checkbox"/> Jusqu'à 30 minutes <input type="checkbox"/> De 30 minutes à 1 heure <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	Monter des marches <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> De 2 à 3 marches seulement <input type="checkbox"/> Petit escalier <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	Conduire une voiture : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Soulever une charge du sol à la taille : <input type="checkbox"/> Capacité complète <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 kg <input type="checkbox"/> De 5 à 10 kg <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	Soulever une charge de la taille aux épaules : <input type="checkbox"/> < 5 kg <input type="checkbox"/> De 5 à 9 kg <input type="checkbox"/> De 10 à 25 kg <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	Soulever une charge/tendre les bras au-dessus des épaules : <input type="checkbox"/> < 5 kg <input type="checkbox"/> De 5 à 9 kg <input type="checkbox"/> De 10 à 25 kg <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	Capacité limitée d'exécuter les gestes suivants : <input type="checkbox"/> Tenir des objets <input type="checkbox"/> Saisir <input type="checkbox"/> Taper au clavier <input type="checkbox"/> Écrire <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	Capacité limitée d'exécuter les gestes suivants : <input type="checkbox"/> Se pencher <input type="checkbox"/> S'accroupir <input type="checkbox"/> S'agenouiller <input type="checkbox"/> Se tourner <input type="checkbox"/> Pousser <input type="checkbox"/> Tirer <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
<input type="checkbox"/> Audition ou vision limitée		<input type="checkbox"/> Limiter/restreindre l'exposition environnementale à ce qui suit : <i>(p. ex., chaleur, froid, bruit ou odeurs)</i>		<input type="checkbox"/> Effets secondaires de médicaments pouvant avoir une incidence sur le retour au travail : <i>(veuillez préciser)</i>

Autres commentaires sur les capacités et/ou restrictions :

Durée estimative des limites : _____

Rétablissement complet prévu le : _____

Date du prochain examen ou rendez-vous : _____

Heures de travail recommandées : Oui Non

Proposition de retour progressif :

	Heures/jour	Jours/semaine
Semaine 1		
Semaine 2		
Semaine 3		
Semaine 4		

Nom du prestataire de soins de santé :

Signature :

N° de téléphone :

Date :

Questionnaire à l'intention du médecin traitant – Problèmes de santé mentale

Section A				Renseignements sur la personne participant au régime/le membre du personnel et consentement			
				À REMPLIR PAR LE PATIENT			
Nom de la personne participant au régime/du membre du personnel (nom, prénom, initiale du second prénom)			N° de téléphone (+ indicatif régional)		Adresse de courriel		
Adresse (rue, ville, province, code postal)							
Nom de l'employeur			N° de contrat du régime		N° de certificat de la personne participant au régime	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	
Date du dernier jour de travail (jj/mm/aaaa)		Date de retour au travail ou date de retour au travail prévue, si cette date est connue (jj/mm/aaaa)			Veuillez indiquer les renseignements suivants : Taille : _____ Poids : _____		
<p>Par les présentes, j'autorise la divulgation des renseignements médicaux et de santé dans mon dossier à _____ (société d'assurance) et/ou ses agents autorisés aux fins de l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et de l'administration du régime d'avantages sociaux. Ces renseignements médicaux et de santé comprennent, sans s'y limiter, les copies de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers hospitaliers. Je comprends que je peux révoquer ce consentement en tout temps, mais que sans ces renseignements, ma demande de prestations pourrait ne pas être évaluée. Je comprends que je suis responsable des frais exigés pour remplir ce formulaire. Je conviens qu'une copie ou une version électronique de la présente autorisation sont aussi valides que l'original. Les renseignements médicaux et de santé excluent les résultats de tests génétiques.</p>							
Signature de la personne participant au régime/du membre du personnel					Date du consentement (jj/mm/aaaa)		
Section B				Questionnaire à l'intention du médecin traitant			
				À REMPLIR PAR LE MÉDECIN			
Je suis : Médecin traitant <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (veuillez préciser) _____							
VEUILLEZ RÉPONDRE DU MIEUX QUE VOUS POUVEZ							
1) Diagnostic							
Primaire : _____							

Secondaire : _____							

Ce problème est-il lié à ce qui suit : <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle/accident de travail <input type="checkbox"/> Accident de voiture							
Si la réponse est « oui », date de l'événement : (jj/mm/aaaa) _____							
Détails : _____							

Date de la première visite liée à cette affection : (jj/mm/aaaa) _____				Première date d'absence du travail en raison de l'affection : (jj/mm/aaaa) _____			
Est-ce que le patient a reçu un traitement pour la même affection ou une affection similaire dans le passé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Si la réponse est « oui », date : (jj/mm/aaaa) _____				Traitement fourni par : _____			
Avez-vous rempli récemment d'autres formulaires de demande de prestations d'invalidité pour ce patient? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>							
Si la réponse est « oui », veuillez indiquer le demandeur : (autre compagnie d'assurance, RPC, RRQ, Commission des accidents du travail, etc.)							

2) Description des symptômes du patient

Veillez décrire les symptômes actuels du patient, y compris leur fréquence et leur gravité :

3) Vos constatations cliniques et observations

Veillez décrire l'incidence de l'affection sur les aspects suivants et son ampleur :

	Aucune incidence	Légère	Modérée	Grave
Apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énergie/vigueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<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"/>
Socialisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration/attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affect/humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réflexion/jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autocritique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations ou commentaires à l'appui des déclarations qui précèdent :

4) Facteurs de complications

Veillez indiquer tous les facteurs pouvant avoir contribué au problème ou aux problèmes cliniques et qui peuvent entraîner des complications durant la période de rétablissement du patient :

- Problèmes au travail Problèmes sociaux/familiaux Problèmes financiers/juridiques
 Condition physique Abus d'alcool/de drogue Effets secondaires d'un médicament
 Perception de la douleur Capacité d'adaptation Personnalité/motivation Autres

(veuillez décrire) :

Veillez décrire le soutien, en place ou planifié, pour aider le patient relativement à ces problèmes :

5) Investigations

Veillez joindre des copies de tous les documents suivants qui sont pertinents :

- résultats de tests/d'investigations (nous interpréterons l'absence de tests joints aux présentes comme une indication qu'aucun test n'a été réalisé) – **ne pas transmettre de résultats de tests génétiques.**
- rapports de consultation

Des résultats de tests/d'investigations/de consultations sont-ils en attente? Oui Non Date du rapport prévue : (jj/mm/aaaa)

Est-ce que le patient a un rendez-vous avec des spécialistes dans un avenir proche? Oui Non

Nom des spécialistes

Spécialité

Date du rendez-vous : (jj/mm/aaaa)

1. _____

2. _____

Raison de la demande de consultation : _____

Est-ce qu'un permis détenu par le patient été frappé de restriction ou révoqué par suite de cette affection?

Oui Non Ne sais pas

Si la réponse est « oui », à partir de quelle date? (jj/mm/aaaa) _____ Type de permis : _____

6) Médicaments (Veillez joindre une liste distincte si l'espace est insuffisant)

Nom du médicament	Dosage initial et date du début de la prise du médicament (jj/mm/aaaa)	Dosage actuel et date du changement le cas échéant (jj/mm/aaaa)	Réponse

7) Hospitalisation

Est-ce que le patient a dû faire un séjour à l'hôpital? Oui Non

Une hospitalisation future est-elle prévue? Oui Non

Date de l'admission (jj/mm/aaaa)

Date du congé (jj/mm/aaaa)

Nom de l'établissement

1. _____

2. _____

8) Détails sur le traitement – soins psychologiques (p. ex. : thérapie cognitivo-comportementale, pour l'abus de drogue/d'alcool, de groupe, familiale, conjugale, programme en hôpital de jour)

Type de thérapie	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj/mm/aaaa)	Fréquence des visites	Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)	Réponse
			Hebdo. <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdo. <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdo. <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdo. <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		

9) Détails sur le traitement – troubles physiologiques concomitants, si connus (p. ex. : physiothérapie, chiropractie, autre thérapie de réadaptation)					
Type de thérapie	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj/mm/aaaa)	Fréquence des visites	Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)	Réponse
			Hebdo. <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdo. <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdo. <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdo. <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
10) Réponse globale au traitement					
Veuillez décrire la réponse au traitement à ce jour : Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Trop tôt pour évaluer <input type="checkbox"/>					
Est-ce que le patient suit le programme de traitement recommandé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez justifier votre réponse : _____					
Est-il prévu que le programme de traitement actuel change ou s'intensifie? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si la réponse est « oui », veuillez justifier votre réponse : _____					
11) Pronostic et rétablissement					
Quels objectifs de retour au travail ont été examinés avec le patient? Veuillez justifier votre réponse : _____					
Veuillez indiquer le pronostic d'amélioration de l'état du patient : _____					
Veuillez fournir tout autre renseignement qui nous aidera à comprendre l'état actuel, les objectifs de rétablissement et le pronostic du patient : _____ _____ _____					
Remarque à l'intention du médecin					
Les renseignements contenus dans la présente déclaration seront conservés dans un dossier de prestations d'assurance vie, maladie ou invalidité auprès de l'assureur ou de l'administrateur du régime et peuvent être accessibles au patient ou à des tiers à qui l'accès a été accordé ou qui sont légalement autorisés à y avoir accès.					
Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)		Spécialité du médecin		Date de la signature (jj/mm/aaaa)	
Adresse :				N° de téléphone (+ indicatif régional)	
				N° de télécopieur (+ indicatif régional)	
Signature ou sceau					

La Compagnie d'Assurance-vie Wawanesa
236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5
TÉL. : 1 844 318-0411 TÉLÉC. : 1 855 496-3028
COURRIEL : wawanesalife-claims@wawanesa.com wawanesalife.com

L'emploi du masculin générique vise uniquement à alléger le texte.

Group STD Form – 05/2024

Page 7 de 7

©Wawanesa Life et le logo d'arbre sont des marques de commerce enregistrées de La Compagnie mutuelle d'assurance Wawanesa et sont utilisés sous licence par La Compagnie d'Assurance-vie Wawanesa.