

## DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT POUR LES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE

### ADRESSE POSTALE

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie  
Réclamations invalidité  
1900 Albert Street  
Regina, SK S4P 4K8

Télécopieur : 1-866-889-9926

Courriel : disability\_claims\_admin@cooperators.ca

### DIRECTIVES

**Note importante : Veuillez remplir la déclaration du médecin traitant appropriée, d'après le diagnostic primaire de votre patient. Il existe deux formulaires : un pour les troubles de santé mentale et un pour toutes les autres affections. La présentation du mauvais formulaire pourrait entraîner un retard dans le traitement de la demande de votre patient.**

Les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge du participant.

Les renseignements médicaux doivent être fournis par le médecin traitant.

### 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT ET AUTORISATION (À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT)

Groupe \_\_\_\_\_ Compte \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

Participant \_\_\_\_\_ Téléphone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Nom de l'employeur/du promoteur de régime \_\_\_\_\_ Téléphone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise mon médecin à divulguer tout renseignement médical à l'appui de ma demande de prestations d'invalidité à l'administrateur du régime, à l'organisme de règlement et à mon assureur. Je comprends qu'il m'incombe de me procurer le présent formulaire et de payer les frais exigés par mon médecin pour le remplir. Les renseignements médicaux et les renseignements sur la santé excluent les résultats des tests génétiques.

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

### 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

**Joindre une copie de vos notes de consultation, des résultats des tests effectués et des rapports de consultation.**

#### DIAGNOSTIC

Primaire \_\_\_\_\_

Secondaire \_\_\_\_\_

Ce diagnostic a-t-il été communiqué à votre patient?  Oui  Non

Cette affection est-elle liée à :  un accident de travail ou maladie professionnelle  un accident de la route  un acte criminel

Si oui, date de l'événement \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Précisions \_\_\_\_\_

Date de la première consultation pour l'affection actuelle \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Depuis la première consultation, à quelle fréquence voyez-vous ce patient?  Chaque semaine  Aux deux semaines  Chaque mois

Date de la dernière consultation \_\_\_\_\_ Date de la prochaine consultation \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

Votre patient a-t-il déjà présenté la même affection ou une affection similaire?  Oui  Non

Précisions \_\_\_\_\_

Date de l'arrêt de travail en raison de l'affection actuelle \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

L'affection est-elle considérée comme chronique?  Oui  Non Si oui, quelle est la cause de l'arrêt de travail? \_\_\_\_\_

#### SYMPTÔMES

Décrire les symptômes actuels de votre patient (y compris leur fréquence et la durée) qui soutiennent le diagnostic posé selon les critères du DSM-5.

Symptôme	Fréquence	Gravité (faible/moyenne/aiguë)

Résultats des tests de dépistage (p. ex. MMPI-2, PHQ-9, GAD-7, etc.) \_\_\_\_\_

Comment les symptômes de votre patient ont-ils évolué jusqu'à présent?  Amélioration  Aucun changement  Dégradation

**2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)**

**TRAITEMENT**

Indiquer les dates d'hospitalisation : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'établissement \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'établissement \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

**MÉDICATION**

Nom du médicament	Posologie initiale et date de début	Posologie actuelle et date de la modification, selon le cas	Réponse

**THÉRAPIE**

Type de thérapie	Fournisseur de soins	Spécialité	Date de début	Fréquence des consultations	Prochain rendez-vous	Réponse

**SPÉCIALISTE(S)**

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

Nom du spécialiste	Spécialité	Date des consultations

**BLESSURES OU MALADIES PHYSIQUES PARALLÈLES ET INFORMATION SUR LE TRAITEMENT**

Affection	Traitement	Nom du fournisseur	Résultats/Réponse	Durée prévue du traitement	Prochain rendez-vous

**OBSERVATIONS ET CONSTATATIONS CLINIQUES**

Connaissez-vous les tâches à accomplir par le patient dans le cadre de sa profession?  Oui  Non

Décrire comment l'affection touche votre patient et à quel degré :

	Aucune incidence	Léger	Modéré	Grave
Apparence (soins personnels)	<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"/>
Ouverture aux autres et clarté de la communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compréhension des questions ou directives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration ou attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affect ou humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introspection ou jugement	<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"/>
Prise de décisions	<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"/>
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appétit ou poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien ménager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins donnés aux proches (p. ex. enfants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Préciser comment l'affection de votre patient affecte sa capacité à fonctionner \_\_\_\_\_

Participant \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

## 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

### ÉLÉMENTS AGGRAVANTS

Indiquer tous les éléments qui pourraient avoir contribué aux problèmes cliniques et qui pourraient compliquer la période de rétablissement de votre patient :

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consommation d'alcool ou de drogue  | <input type="checkbox"/> Problèmes liés au milieu de travail | <input type="checkbox"/> Problèmes familiaux/sociaux |
| <input type="checkbox"/> Effets secondaires de la médication | <input type="checkbox"/> Problèmes financiers/juridiques     | <input type="checkbox"/> Perception de la douleur    |
| <input type="checkbox"/> Automutilation                      | <input type="checkbox"/> Capacité d'adaptation               | <input type="checkbox"/> Condition physique          |
| <input type="checkbox"/> Personnalité/Motivation             |  |  |

Préciser \_\_\_\_\_

Décrire le soutien en place, ou le soutien prévu, pour aider à alléger ces problématiques \_\_\_\_\_

Votre patient a-t-il eu l'un de ses permis restreint ou révoqué en raison de son affection médicale?  Oui  Non

Si oui, quand? \_\_\_\_\_ Type de permis? \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

### PRONOSTIC ET RÉTABLISSEMENT

Co-operators favorise l'aide à la réadaptation et les accommodements en milieu de travail (fonctions modifiées ou à temps partiel) pour permettre à l'employé de retourner au travail dès que possible sur le plan médical. Nous évaluerons le potentiel de réadaptation de votre patient d'après l'information fournie.

Pronostic de rétablissement (avec mention des échéanciers) \_\_\_\_\_

Quels sont les objectifs de retour au travail qui ont été discutés avec votre patient? \_\_\_\_\_

Dans quelles circonstances votre patient pourrait-il reprendre le travail? (p. ex. fonctions modifiées, retour au travail progressif, autre employeur, etc.)

## 3. CONFIRMATION ET AUTORISATION DU MÉDECIN

Je reconnais que l'assureur conservera les renseignements compris dans le présent formulaire dans le dossier d'invalidité du patient. Il est entendu que le patient ou toute autre personne autorisée pourraient y avoir accès. Je consens à la divulgation des renseignements tels qu'ils figurent dans le présent formulaire, et ce, selon les conditions précitées. Les renseignements médicaux et les renseignements sur la santé excluent les résultats des tests génétiques.

Médecin traitant (en lettres moulées) \_\_\_\_\_

Spécialité autorisée \_\_\_\_\_ Médecin de famille  Oui  Non

Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

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

Timbre du médecin

Si vous désirez que Co-operators communique avec vous par courriel concernant cette demande de prestations d'invalidité, veuillez indiquer votre courriel

\_\_\_\_\_

Nous prenons des mesures de protection raisonnables pour protéger toute information recueillie, utilisée, conservée et divulguée dans le cadre de nos affaires; cependant, un courriel est susceptible d'être intercepté par des tiers non autorisés. Nous vous déconseillons de communiquer par courriel des renseignements personnels ou sensibles. Si vous nous avez fourni votre adresse courriel ou que vous nous avez envoyé un courriel, nous tenons pour acquis que vous acceptez de communiquer avec nous par courrier électronique. Si vous ne voulez pas recevoir de courriels de notre part, veuillez nous en aviser dans les plus brefs délais.

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

### Co-operators Compagnie d'assurance-vie et la protection de la vie privée

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quelles informations nous avons besoin, ce que nous en ferons et avec qui nous les partagerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels dans le but de confirmer votre identité, étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous, évaluer votre demande d'assurance, établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des réclamations, administrer vos placements, remplir nos obligations contractuelles et réglementaires à votre endroit, détecter et prévenir la fraude et enfin, procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne partageons vos renseignements personnels à aucune autre fin, excepté si vous nous donnez votre consentement ou si la loi nous y oblige.

Nous pourrions vous parler de produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelle information vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement comme bon vous semble. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Nous avons permis l'accès à vos renseignements personnels uniquement à nos employés et à d'autres personnes qui doivent les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Peuvent être concernés, nos fournisseurs de services externes susceptibles d'utiliser vos renseignements personnels à des fins de traitement, d'entreposage, d'analyse et de rétablissement par suite d'un sinistre hors du Canada. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, des gouvernements ou des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous nous assurons que des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée soient incluses dans tous nos contrats avec nos fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique de protection des renseignements personnels à [www.cooperators.ca](http://www.cooperators.ca). Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et le partage de vos renseignements personnels, communiquez avec le responsable de la protection de la vie privée de Co-operators au 1-888-887-7773 ou par courriel à [privacy@cooperators.ca](mailto:privacy@cooperators.ca)