

# Déclaration initiale du médecin traitant

- Demande de prestations d'invalidité de longue durée
- Demande d'exonération des primes des garanties suivantes :
  - Assurance vie de base ou facultative
  - Décès et mutilation accidentels
  - Rente de survie

---

*Un formulaire incomplet peut retarder l'étude de la demande de règlement de votre patient.*

*Voir les directives à la page 2.*

---

*Veillez sélectionner la ville où est situé le bureau des règlements devant traiter la présente demande.*

- Calgary
- Halifax
- Montréal
- Toronto
- Vancouver
- Waterloo
- Winnipeg

---

**Étude de la demande**

Pour déterminer si votre patient a droit à des prestations d'invalidité, nous lui demandons, ainsi qu'au promoteur de régime et à vous-même, de nous fournir des renseignements afin de comparer les restrictions et les limitations du patient aux exigences de l'emploi.

Si les formulaires fournis sont incomplets, nous serons malheureusement dans l'impossibilité de prendre une décision à l'égard de la demande du patient.

---

**Autorisation du patient**

Votre patient est tenu de remplir, de signer et de dater la section Autorisation du patient dans la partie supérieure de la page 3 avant que le formulaire puisse être envoyé à la Financière Manuvie.

---

**Ce que vous devez faire**

- Répondre à toutes les questions pertinentes en lettres moulées.
  - Fournir copie des rapports de consultation, d'évolution et d'examen diagnostiques.
- 

**Paiement des honoraires**

Les honoraires demandés pour remplir le présent formulaire et rédiger les documents qui l'accompagnent sont à la charge du patient.

---

**Envoi du formulaire**

Vous pouvez remettre le formulaire dûment rempli à votre patient ou l'envoyer directement à la Financière Manuvie, à l'adresse figurant ci-dessous.

---

## Déclaration initiale du médecin traitant

### Assurance collective

### Demande de prestations d'invalidité

#### 1 Autorisation du patient

À être remplie par le patient.

Nom et prénom	N° de contrat	N° de certificat du participant
<p>J'autorise par la présente que soient communiqués à la Financière Manuvie tous les renseignements médicaux figurant dans mon dossier, incluant, mais sans s'y limiter, copie des rapports de consultation, des notes cliniques, des résultats de tests et des dossiers d'hospitalisation, aux fins de l'administration du régime et de l'évaluation de ma demande de prestations. <b>Il est entendu que tous les honoraires exigés pour la rédaction de la présente déclaration sont à ma charge.</b></p>		
Signature du patient		Date (jj/mmmm/aaaa)

#### 2 Déclaration du médecin traitant

##### Diagnostic

- a) Diagnostic principal
- b) Autres diagnostics ou complications
- c) S'il s'agit d'un trouble psychiatrique, veuillez indiquer le score EGF.
- d) S'il s'agit d'un trouble cardiaque, veuillez indiquer la capacité fonctionnelle selon la classification de l'American Heart Association.

Score EGF

- Classe I (aucune limitation)       Classe II (légère limitation)  
 Classe III (limitation marquée)       Classe IV (limitation complète)

#### 3 Renseignements cliniques

***Veillez noter que nous avons besoin de votre aide pour déterminer les capacités fonctionnelles de votre patient. Veuillez nous fournir copie des notes d'évolution et des résultats de tests corroborant votre diagnostic et les capacités fonctionnelles de votre patient.***

- a) À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus ou l'accident est-il survenu?
- b) Depuis quand votre patient souffre-t-il de cette affection?
- c) L'affection est-elle attribuable à
- d) Quelles sont les dates de la première et de la dernière visite, et quelle est la fréquence des visites?
- e) Quels sont les **symptômes** subjectifs du patient?
- f) Comment les **symptômes** ont-ils évolué à ce jour? (Veuillez indiquer la fréquence et la gravité.)

(jj/mmmm/aaaa)

(jj/mmmm/aaaa)

- une blessure     un accident de travail     un accident d'automobile     Autre (précisez)  
 une maladie

Première visite (jj/mmmm/aaaa)

Dernière visite (jj/mmmm/aaaa)

Fréquence des visites

- Hebdomadaire     Tous les 15 jours     Mensuelle     Autre (précisez)

g) Quelles ont été vos premières **constatations cliniques?**

--

h) Quelles sont vos dernières **constatations cliniques?**

--

i) **Restrictions et limitations**

(i) Veuillez nous faire part de vos commentaires sur les limitations physiques découlant de cette affection, notamment par rapport aux activités suivantes : soulever des objets, marcher, se tenir debout, s'agenouiller, s'asseoir, effectuer des mouvements répétitifs, transporter des objets et ainsi de suite.

--

(ii) Veuillez indiquer les limitations cognitives ou mentales découlant de cette affection, notamment par rapport à ce qui suit : compréhension et mémoire, concentration soutenue, interaction sociale, capacité de travailler en respectant des échéances, capacité de s'adapter aux changements et ainsi de suite.

--

j) Votre patient est-il

ambulatoire?  alité?  hospitalisé?  
 ambulatoire en utilisant des aides fonctionnelles?  obligé de rester chez lui?

k) Quels sont la taille et le poids actuels de votre patient, et sa main dominante?

Taille actuelle	Poids actuel	Main dominante <input type="radio"/> Gauche <input type="radio"/> Droite
-----------------	--------------	---

l) **Si** le patient est hypertendu, veuillez indiquer les trois dernières mesures de sa tension artérielle.

Mesure	Date (jj/mmmm/aaaa)
Mesure	Date (jj/mmmm/aaaa)
Mesure	Date (jj/mmmm/aaaa)

m) **Si** le patient souffre d'un trouble visuel, veuillez indiquer l'acuité visuelle et la date du dernier examen.

Avec des verres correcteurs OD OS	Sans verres correcteurs OD OS	Date du dernier examen (jj/mmmm/aaaa)
--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

n) **Si** la patiente est enceinte, donnez la date présumée de l'accouchement.

Date présumée de l'accouchement (jj/mmmm/aaaa)
--

#### 4 Traitement

a) Nom de tous les autres médecins ou professionnels de la santé traitants/consultés

NOM DU PRATICIEN	TYPE DE PRATICIEN	VU OU SERA VU LE (jj/mmmm/aaaa)

b) Médicaments actuels

NOM	POSOLOGIE	DURÉE	DÉBUT DU TRAITEMENT (jj/mmmm/aaaa)	RÉPONSE

c) Autres formes de traitement ou de thérapie

TYPE	DURÉE	DÉBUT DU TRAITEMENT (jj/mmmm/aaaa)	RÉPONSE

d) Hospitalisations

DATE DE L'ADMISSION (jj/mmmm/aaaa)	DATE DU CONGÉ (jj/mmmm/aaaa)	ÉTABLISSEMENT	RAISON (Date de la chirurgie, s'il y a lieu)

e) Réponse au traitement

<input type="radio"/> Rétablissement <input type="radio"/> Amélioration <input type="radio"/> Aucun changement <input type="radio"/> Régression	Commentaires
--	--------------

f) Votre patient suit-il le traitement recommandé?

Oui     Non    **Si non, veuillez fournir des précisions.**

g) Précisions sur tout changement **proposé** au traitement, y compris à la date de la chirurgie (si elle est connue), aux examens, aux médicaments, à la thérapie

### 5 Capacité

Croyez-vous que votre patient a la capacité d'endosser des chèques et de donner des directives sur leur affectation?

Oui  Non **Si non, depuis quand?**

Date (jj/mmmm/aaaa)

### 6 Restriction relative aux permis

Le permis de conduire de votre patient ou tout permis nécessaire pour exercer sa profession ont-ils été restreints ou annulés en raison de l'affection actuelle?

Oui  Non

Restriction  Suspension  Annulation

Date (jj/mmmm/aaaa)

Type de permis

Catégorie de permis (le cas échéant)

**Si oui, quand votre patient pourra-t-il demander la remise en vigueur du permis?**

Date (jj/mmmm/aaaa)

### 7 Remarques

**Veillez inclure tous commentaires ou renseignements qui, d'après vous, pourraient nous aider à comprendre les restrictions et les limitations du patient; les capacités fonctionnelles; la durée prévue de l'affection, etc.**

Nom du médecin traitant (écrire en lettres moulées)		
Spécialité	Téléphone (y compris l'indicatif régional) (     )	Télécopieur (y compris l'indicatif régional) (     )
Adresse (numéro, rue)		
Ville	Province	Code postal
Signature		Date (jj/mmmm/aaaa)

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité auquel pourraient avoir accès le patient ou les tiers qui en ont reçu la permission, ou qui sont dûment autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, vous consentez à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.