

# Demande d'accès au compte du contrat en cas d'invalidité – Déclaration du médecin traitant sur l'invalidité

227, rue King Sud, C. P. 1601, succ. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C5

Écrire lisiblement à l'encre en caractères d'imprimerie.

## A À remplir par le patient

Numéro du contrat		
Prénom <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M <sup>lle</sup>	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)

**Nota : Il incombe au patient de se procurer le présent formulaire et de payer les frais engagés pour le faire remplir, sauf dans les cas où la loi l'interdit.**

Nom du médecin qui remplit ce formulaire		Nom	
<input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Spécialiste (indiquer la spécialité) _____			
Adresse du médecin (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone du médecin

## B À remplir par le médecin traitant

**Les renseignements suivants seront utilisés pour évaluer l'admissibilité de votre patient à des avantages en cas d'invalidité. Des réponses complètes et précises accéléreront notre évaluation. Il incombe au patient de payer les frais engagés pour obtenir des renseignements médicaux et pour faire remplir le présent formulaire, sauf dans les cas où la loi l'interdit. Veuillez retourner le présent formulaire au patient ou l'envoyer par la poste à la Financière Sun Life à l'adresse susmentionnée.**

### Diagnostic

1. Diagnostic principal \_\_\_\_\_ Symptômes \_\_\_\_\_
2. Diagnostic secondaire \_\_\_\_\_ Symptômes \_\_\_\_\_

### Antécédents médicaux

1. Date des premiers symptômes ou de l'accident
2. Date à laquelle la maladie ou la blessure a obligé le patient à cesser de travailler
3. Votre patient a-t-il dû changer d'emploi en raison de la maladie ou de la blessure?  Oui  Non
4. a) Le patient a-t-il déjà souffert de ce problème de santé ou de problèmes de santé du même genre?  Oui  Non  Ne sais pas  
b) Si «oui», indiquer à quelle date et décrire le problème de santé. \_\_\_\_\_
5. Si, au cours des 3 dernières années, vous avez traité le patient pour un état de santé qui n'était pas anodin ou qui a duré un certain temps, veuillez fournir des précisions.

**B À remplir par le médecin traitant (suite)**

**Observations cliniques/examens complémentaires**

1. Date de la première visite  Date de la dernière visite

2. Quelle était la nature de la dernière visite de votre patient ou quel était le problème principal soulevé lors de cette visite?

3. Indiquer si le patient est droitier ou gaucher.  droitier  gaucher

4. a) Taille \_\_\_\_\_ b) Poids \_\_\_\_\_  
c) Tension artérielle \_\_\_\_\_ d) Pouls \_\_\_\_\_

5. Catégories - fonction cardiaque (s'il y a lieu) :  Catégorie 1 (aucune limitation)  Catégorie 2 (limitation légère)  Catégorie 3 (limitation marquée)  Catégorie 4 (limitation totale)

Examens complémentaires (ECG, radiographies, tests de laboratoire, etc.)	Date (jj-mm-aaaa)	Compte rendu des résultats (Joindre une copie de tous les rapports disponibles.)

7. Votre patient a-t-il été dirigé vers d'autres médecins ou spécialistes?  Oui  Non  
Si «oui», fournir les renseignements suivants :

Nom du médecin et sa spécialité	Date de l'examen (jj-mm-aaaa)	Observations

**INSCRIRE TOUT COMMENTAIRE SUPPLÉMENTAIRE SUR UNE FEUILLE DISTINCTE.**

8. Votre patient a-t-il été admis dans un hôpital ou une maison de soins infirmiers?  Oui  Non

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

Date d'admission  Date de sortie

**Traitement**

1. Fréquence des visites :  hebdomadaire  toutes les 2 semaines  mensuelles  autre (préciser) \_\_\_\_\_

2. Énumérer les médicaments actuellement prescrits et leur posologie

3. Le patient suit-il une thérapie ou reçoit-il des traitements?  Oui  Non

Si «oui», indiquer le genre (physiothérapie, psychothérapie, etc.)

Fréquence :  quotidienne  \_\_\_\_\_ fois par semaine  Autre \_\_\_\_\_

Endroit :  consultation externe  chez le thérapeute  à domicile

4. Le patient a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?  Oui  Non Si «oui», préciser le genre.

Date :  subie   prévue

**B À remplir par le médecin traitant (suite)**

5. Veuillez fournir des précisions sur tout autre traitement en cours ou prévu.

Traitements en cours ou prévus	Date (jj-mm-aaaa)

6. Décrire brièvement le résultat du traitement.


**Limitations fonctionnelles actuelles**

FONCTION	DEGRÉ DE LIMITATION				
	Aucun	Légère	Modérée	Importante	Ne sais pas
Cognition	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dextérité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se pencher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acuité visuelle Gauche : \_\_\_\_\_ Droit : \_\_\_\_\_

Résultat échelle EGF : \_\_\_\_\_

Restriction de temps :  min  h

Restriction de temps :  min  h

Restriction de temps :  min  h

Restriction de temps :  min  h

Poids maximum recommandé : \_\_\_\_\_ lb \_\_\_\_\_ Kg

Dans le cas d'une blessure à l'épaule, au dos ou au cou, énumérer les limitations en ce qui a trait à la flexion, l'extension et l'amplitude des mouvements.

--

2. Décrire toute limitation fonctionnelle, physique ou psychologique qui semble être un obstacle majeur empêchant votre patient de travailler.


3. Le patient a-t-il subi des examens d'évaluation de ses capacités fonctionnelles?  Oui  Non

Si «oui», indiquer le genre d'examen et la date de ce dernier.

--

**Pronotic**

1. Date à laquelle le patient peut, d'un point de vue médical, retourner au travail en vue d'exercer sa PROFESSION HABITUELLE :

Temps plein   Temps partiel

2. S'il est incapable, d'un point de vue médical, de retourner au travail en vue d'exercer sa PROFESSION HABITUELLE, quand le patient pourra-t-il chercher un autre emploi?

Temps plein   Temps partiel

**B À remplir par le médecin traitant (suite)**

3. A-t-il été recommandé au patient de participer à un programme de réadaptation ou de thérapie?  Oui  Non  
Si «oui», fournir des précisions.


**C Activités de la vie quotidienne (à remplir par le médecin traitant)**

**Cette partie doit être remplie seulement si votre patient présente la demande pour invalidité grave par suite d'un accident, d'une maladie ou d'une détérioration des facultés mentales.**

1. Date à laquelle le patient est devenu dépendant pour accomplir au moins 2 des activités de la vie quotidienne (décrites ci-dessous)

**Se laver :** Se laver dans une baignoire ou sous la douche, y compris prendre place dans la baignoire ou sous la douche et en sortir, ou en faisant sa toilette à l'éponge.

**S'habiller :** L'activité consistant à mettre, à retirer, à attacher et à défaire les vêtements portés habituellement ainsi que les orthèses et supports médicalement nécessaires ou les membres artificiels.

**Se nourrir :** L'activité consistant à absorber de la nourriture par la bouche ou au moyen d'une sonde d'alimentation. L'activité de se nourrir ne comprend pas la cuisson ou la préparation des repas.

**Se servir des toilettes :** Effectuer l'aller-retour aux toilettes, s'asseoir sur le siège des toilettes, se relever et accomplir les activités connexes liées à l'hygiène personnelle.

**Se déplacer :** Se coucher ou se lever du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant. Cela ne comprend pas le fait de prendre place dans une baignoire ou sous la douche et d'en sortir, puisque ceci est compris dans l'activité de se laver.

**Être continent :** La capacité de maîtriser volontairement les fonctions de défécation (l'intestin) et de miction (la vessie) ou encore la capacité de maintenir un niveau raisonnable d'hygiène personnelle si la personne est incapable de maîtriser l'une ou l'autre fonction, ou les deux.

2. Veuillez indiquer le degré d'aide dont votre patient a besoin pour accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ) suivantes. Pour chaque AVQ, cocher une seule case pour préciser le degré actuel d'activité du patient.

Activités de la vie quotidienne (AVQ)	Le patient n'a besoin d'aucune aide; il accomplit l'AVQ de façon autonome.	Le patient a besoin d'une aide immédiate (à portée de bras) chaque fois qu'il accomplit l'AVQ.	Le patient a besoin de l'aide physique importante d'une autre personne pour accomplir l'AVQ.	Date où le patient est devenu dépendant quant à l'accomplissement de l'AVQ (jj-mm-aaaa)
Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se servir des toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Être continent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. Veuillez fournir ci-dessous tout renseignement supplémentaire sur la capacité de votre patient d'accomplir les AVQ.


On entend par «**trouble cognitif**» la détérioration des facultés mentales causée par une maladie cérébrale d'origine organique, comme la maladie d'Alzheimer et la démence irréversible, ou par une lésion ou blessure au cerveau. La détérioration des facultés mentales est évaluée en nous fondant sur des tests cliniques et standardisés. Nous considérons que le patient souffre d'une détérioration de ses facultés mentales s'il a besoin d'être surveillé constamment par une autre personne pour protéger sa santé et sa sécurité physiques par suite de la détérioration ou de la perte des facultés suivantes : a) la mémoire à court terme ou à long terme; b) l'orientation dans le temps et dans l'espace et la capacité de reconnaître les personnes; c) la capacité de raisonner; d) le jugement, en ce qui concerne le sens du danger.

**C Activités de la vie quotidienne (à remplir par le médecin traitant) (suite)**

4. Le patient a-t-il reçu le diagnostic d'une forme quelconque de trouble cognitif?  Oui  Non  
Si «oui», indiquer le diagnostic : \_\_\_\_\_ Date du début du trouble :   
Si «oui», préciser les épreuves diagnostiques effectuées : \_\_\_\_\_
5. Veuillez cocher une des cases suivantes pour préciser le degré du trouble cognitif de votre patient.  
 Le patient souffre d'un trouble cognitif léger et n'a pas besoin d'être surveillé constamment.  
 Le patient souffre d'un trouble cognitif grave et a besoin d'être surveillé constamment (a aussi besoin de rappels) pour protéger sa santé et sa sécurité.
6. Veuillez fournir ci-dessous tout renseignement supplémentaire pour l'état cognitif de votre patient.

**D Maladie en phase terminale (à remplir par le médecin traitant)**

**Cette partie doit être remplie seulement si le diagnostic établit que votre patient souffre d'une maladie en phase terminale, que son espérance de vie est de moins de 2 ans et qu'il n'y a aucun traitement qui pourrait changer le cours de la maladie.**

1. Antécédents de la maladie et début des symptômes
2. Diagnostic \_\_\_\_\_ Diagnostic établi le
3. Veuillez fournir une copie des rapports de pathologie et de laboratoire.
4. Votre patient a-t-il été hospitalisé?  Oui  Non Si «oui», veuillez fournir une copie des rapports à l'admission et à la sortie de l'hôpital.  
Date d'admission  Date de sortie
5. Veuillez donner des précisions sur la santé actuelle du patient et sur le traitement prescrit.
6. Pronostic et espérance de vie.

**D Maladie en phase terminale (à remplir par le médecin traitant) (suite)**

7. Votre patient fume-t-il?  Oui  Non

Si la réponse est «non», a-t-il déjà fumé?  Oui  Non

Si la réponse est «oui», veuillez fournir des précisions sur ses antécédents d'usage du tabac, les dates où le patient a commencé et a cessé de fumer, etc.

--

**Signature du médecin**

Prénom du médecin		Nom	Téléphone
Date (jj-mm-aaaa)	Signature du médecin X		

**Avis au médecin**

Les renseignements que vous fournissez à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie concernant cette demande peuvent être divulgués au demandeur ou aux personnes autorisées par le demandeur à recevoir de tels renseignements, à moins que vous ne nous avisiez par écrit qu'une telle divulgation aurait fort probablement des conséquences néfastes sur la santé du demandeur ou pourrait causer du tort à un tiers.