

Formulaire médical pour les rentes modifiées (À remplir par le médecin de famille ou le médecin traitant du patient.)

Numéro préliminaire

Nous (la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie) étudions une proposition de rente modifiée pour votre patient et nous avons besoin des renseignements médicaux demandés dans le présent formulaire pour évaluer son admissibilité.

Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.

Prénom du patient (proposant)		Nom	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Nom de famille antérieur, le cas échéant		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Prénom du médecin		Nom	
Adresse postale (numéro et rue)		Ville	Province Code postal
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	Rempli le (jj-mm-aaaa)	
Prénom du proposant (si autre que le patient)		Nom	

Le proposant (ou, si le proposant n'est pas habilité à signer, son père, sa mère, son tuteur ou représentant légal) autorise :

- les médecins et autres professionnels de la santé, les hôpitaux, cliniques et autres établissements médicaux, les compagnies d'assurance, les agences d'investigation ou tout autre organisme ou établissement, y compris les membres du groupe Financière Sun Life, dont fait partie la compagnie, ou toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements concernant le patient, à donner à la compagnie les renseignements nécessaires à la tarification de la proposition du proposant, et ces renseignements seulement; et
- la compagnie à communiquer les renseignements personnels nécessaires obtenus pour la tarification, et ces renseignements seulement, au médecin du patient, à toute compagnie d'assurance à qui une proposition de rente modifiée a été présentée pour le patient, s'il y a lieu, et au médecin-hygiéniste pour toute maladie infectieuse ou transmissible, lorsque la loi l'exige.

Province de signature	Date (jj-mm-aaaa)	Signature
	Fait le :	Proposant X
	Fait le :	Père, mère, tuteur ou représentant légal X

Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

1 Dernière visite au médecin qui remplit le formulaire	
Raison de la visite	Date (jj-mm-aaaa)
Conclusion de la visite	
Êtes-vous au courant de visites plus récentes qui auraient été effectuées à d'autres médecins (spécialistes, remplaçants, etc.)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si «oui», veuillez transmettre les résultats si vous les connaissez ou fournir le nom et l'adresse du médecin avec lequel nous devrions communiquer.	

Formulaire médical pour les rentes modifiées (suite)

Numéro préliminaire

2 Trouble(s) actuel(s) ou cause(s) de l'invalidité

Trouble	Oui	Date de la blessure ou de la manifestation du trouble (jj-mm-aaaa)
Traumatisme crânien	<input type="checkbox"/>	
Paralysie cérébrale	<input type="checkbox"/>	
Traumatisme de la moelle épinière – paraplégie complète ou partielle ou quadriplégie complète ou partielle	<input type="checkbox"/>	
Trouble épileptique	<input type="checkbox"/>	
Trouble du système nerveux central	<input type="checkbox"/>	
Cancer/tumeur	<input type="checkbox"/>	
Troubles orthopédiques	<input type="checkbox"/>	
Maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	
Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	
Troubles génito-urinaires	<input type="checkbox"/>	
Troubles cardiaques ou circulatoires	<input type="checkbox"/>	
Accident vasculaire cérébral/saignement intracrânien	<input type="checkbox"/>	
Troubles gastro-intestinaux	<input type="checkbox"/>	
Maladie du foie	<input type="checkbox"/>	
Brûlures	<input type="checkbox"/>	
Greffe d'un organe vital	<input type="checkbox"/>	
Syndrome de la douleur chronique	<input type="checkbox"/>	
Maladies génétiques observées cliniquement	<input type="checkbox"/>	
Blessures musculosquelettiques	<input type="checkbox"/>	
Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/>	

3 Situation actuelle : Activités de la vie quotidienne

Indiquez toute activité que votre patient peut accomplir de façon autonome.

Activités de base

Se nourrir	<input type="checkbox"/>
Se laver	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>
Se servir des toilettes	<input type="checkbox"/>
Se déplacer	<input type="checkbox"/>
Être continent	<input type="checkbox"/>

Activités plus complexes

Gérer ses finances	<input type="checkbox"/>
Cuisiner	<input type="checkbox"/>
Magasiner	<input type="checkbox"/>
Effectuer des tâches ménagères	<input type="checkbox"/>
Prendre ses médicaments	<input type="checkbox"/>
Conduire	<input type="checkbox"/>

Formulaire médical pour les rentes modifiées (suite)

4 Affections applicables

Cochez les affections qui s'appliquent.

Fonctions cognitives	Degré de gravité		
	Léger	Modéré	Sévère
Pertes de mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baisse des fonctions exécutives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles émotionnels/comportementaux			
Changement de personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles neurologiques			
Troubles de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de l'ouïe/acouphène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la démarche/troubles de la coordination/perte d'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la parole (aphasie ou dysarthrie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vessie neurogène/intestin neurogène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysfonctionnement des nerfs crâniens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémi-parésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémiplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles psychiatriques			
Troubles dépressifs majeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EGF, si connu :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulaire médical pour les rentes modifiées (suite)

5 Conditions de vie

Cochez les conditions de vie qui s'appliquent.

Alimentation	
Sonde gastrique	<input type="checkbox"/>
Nourri par une autre personne	<input type="checkbox"/>
Se nourrit de façon autonome	<input type="checkbox"/>
Mobilité	
Se déplace de façon autonome	<input type="checkbox"/>
Se déplace au moyen d'une canne	<input type="checkbox"/>
Se déplace au moyen d'un déambulateur à roulettes	<input type="checkbox"/>
Se déplace en chaise roulante (dépendant)	<input type="checkbox"/>
État physique	
Alité	<input type="checkbox"/>
Semi-végétatif	<input type="checkbox"/>
Végétatif	<input type="checkbox"/>
Domicile – Situation actuelle	
Demeure seul	<input type="checkbox"/>
Demeure seul, mais a recours aux services de soins à domicile externes	<input type="checkbox"/>
Demeure dans un foyer de groupe avec supervision pour sa sécurité	<input type="checkbox"/>
Demeure à la maison où un membre de la famille ou un préposé lui donne des soins	<input type="checkbox"/>
Demeure à la maison où un membre de la famille ou un préposé lui donne des soins, et où un préposé s'occupe de lui 24 heures sur 24, 7 jours sur 7	<input type="checkbox"/>
Demeure en institution où il reçoit des soins d'un préposé 24 heures sur 24, 7 jours sur 7	<input type="checkbox"/>

6 Situation professionnelle (sélectionnez tout ce qui s'applique)

L'employabilité tient compte de l'ensemble des fonctions cognitives et physiques nécessaires à l'employé, la personne au foyer ou l'étudiant. Elle est déterminée en tenant compte de certaines capacités de la personne, notamment :

- comprendre des directives, s'en rappeler et les suivre;
- planifier et effectuer au minimum des tâches propres à un commis de bureau ou effectuer des tâches répétitives dans le cadre d'une routine simple en industrie ou faire des travaux scolaires;
- demeurer concentré, pertinent et approprié au travail et dans d'autres situations psychosociales; et
- se déplacer efficacement pour aller au travail ou au centre commercial au moyen des transports publics ou privés.

Cochez tout ce qui s'applique.

Le patient a continué de travailler/d'aller à l'école au cours des 6 derniers mois .	<input type="checkbox"/>
Le patient exerce ou peut exercer la profession qu'il avait avant sa blessure.	<input type="checkbox"/>
Le patient s'est recyclé dans une autre profession et l'exerce avec succès ou serait en mesure de le faire.	<input type="checkbox"/>
Le patient travaille ou peut travailler dans un environnement supervisé adapté à ses besoins.	<input type="checkbox"/>
Le patient est incapable de travailler.	<input type="checkbox"/>

Province de signature	Date (jj-mm-aaaa)	Signature du médecin X
-----------------------	-------------------	---------------------------