

Formule affection cardiaque

Déclaration d'invalidité du médecin traitant



Assurances

BUT DE LA PRÉSENTE FORMULE

Votre patient a présenté une demande de prestations d'invalidité au titre d'une police d'assurance de la Compagnie d'assurance vie RBC.

Comme vous le savez sans doute, les renseignements que vous nous fournissez sont essentiels à l'évaluation de la demande de votre patient. Nous sollicitons votre collaboration afin d'obtenir des renseignements appropriés sur le diagnostic, les signes et les symptômes, ainsi que des précisions à l'égard des limitations et des restrictions de votre patient.

Nous vous demandons de remplir attentivement la Déclaration du médecin traitant. Soyez assuré que les renseignements fournis, notamment les dossiers médicaux demandés, sont essentiels à l'évaluation de la demande de votre patient et qu'ils seront traités sous le sceau de la confidentialité.

La Compagnie d'assurance vie RBC a besoin d'une copie du dossier complet pendant la période de traitement de l'affection, notamment les rapports de consultation de spécialistes, les notes de médecin, les résultats de test, les résumés à l'entrée à l'hôpital, les résumés des antécédents médicaux et les résumés à la sortie de l'hôpital, et les rapports médicaux rédigés pour d'autres assureurs au sujet de votre patient. Elle est disposée à vous verser des honoraires de 50 \$ afin de rembourser le coût pour préparer l'information. Si cette somme est insuffisante compte tenu de la taille du dossier de votre patient, demandez à un membre de votre personnel de communiquer avec nous au 416 643-4700 ou au numéro sans frais 1 877 519-9501.

Veuillez noter toutefois qu'il incombe au patient de payer les honoraires que vous exigez pour la rédaction du présent formulaire.

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

Partie 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom
Adresse (rue / ville / province / code postal)		N° de téléphone : ()
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Police(s) no(s) :	
Demande(s) de règlement no(s) :		

Partie 2 : DIAGNOSTIC DE L'AFFECTION ACTUELLE

Veuillez joindre une copie de tous les rapports de consultation, opératoires et pathologiques.

Diagnostic principal : _____

Autres pathologies / complications : _____

Symptômes décrits : _____

Taille actuelle : _____ Poids actuel : _____ Perte / gain de poids jusqu'à ce jour : _____

À votre avis, depuis quelle date l'affection du patient l'empêche-t-elle de travailler ? _____ (JJ / MM / AAAA)

Partie 3 : ANTÉCÉDENTS ET CONCLUSIONS

Date de la première manifestation des symptômes : _____ (JJ / MM / AAAA)

Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection similaire ? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, veuillez préciser le diagnostic et la date des traitements : _____

Date de la première consultation pour ces symptômes : _____ (JJ / MM / AAAA)

Décrivez les symptômes actuels :

☐ Douleur thoracique d'origine cardiaque

☐ Syncope

☐ Fatigue

☐ Dyspnée d'origine cardiaque

☐ Œdème

☐ Arythmie

☐ Autre (précisez) : _____

Tension artérielle actuelle : ____ / ____ (Date : ____JJ____MM____AAAA)

État actuel ? ☐ Stable ☐ Amélioration ☐ Détérioration

ÉPREUVES DE LABORATOIRE (Joindre une copie des résultats des épreuves de laboratoire pertinentes) :

TYPE D'ÉPREUVE	DATE (JJ / MM / AAAA)	RÉSULTAT	VALEURS DE RÉFÉRENCE
ECG			
Échocardiogramme			
Épreuve d'effort			
Examen fonctionnel respiratoire			
Analyse de sang			
Radiographies			
Angiographie			
Fraction d'éjection			
Autre			

L'affection du patient est-elle le résultat d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, votre bureau a-t-il fait parvenir des documents à l'appui d'une demande de règlement pour cette affection à la CSPAAAT, à la CSST ou à tout autre organisme de santé et de sécurité au travail au nom de votre patient ?

Oui ☐ Non ☐

Veuillez inscrire le nom des médecins qui ont évalué ou qui évalueront les problèmes de santé **et joindre une copie de tout rapport de consultation disponible** : _____

Partie 4 : TRAITEMENT

Date de la consultation la plus récente : _____ (JJ / MM / AAAA)

Fréquence des consultations : Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Autre ☐ Si autre, précisez : _____

Votre patient a-t-il été hospitalisé ? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, le patient a été hospitalisé à _____ du _____ au _____

Traitement sans hospitalisation : Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, les soins lui ont été prodigués à _____ du _____ au _____

Traitement : Inscrivez les renseignements sur tous les traitements reçus jusqu'à ce jour et sur le plan de traitement futur, y compris les interventions chirurgicales : _____

Décrivez la réponse au traitement reçu jusqu'à ce jour : Aucune réponse ☐ Réponse partielle ☐ Réponse complète ☐

Le patient suit-il le plan de traitement qui lui a été recommandé ? Oui ☐ Non ☐ Si non, précisez : _____

MÉDICAMENTS :

Nom du médicament	Date de l'ordonnance (JJ / MM / AAAA)	Posologie initiale	Réponse initiale	Effets secondaires	Date du dernier changement de la posologie (JJ / MM / AAAA)	Fin de la prise du médicament (JJ / MM / AAAA)

Décrivez toute complication qui pourrait prolonger le rétablissement (effets secondaires du traitement / autre) : _____

L'évaluation et le traitement sont difficiles en raison de ce qui suit : (Cochez la case et donnez des précisions dans l'espace prévu à cette fin)

- ☐ Troubles émotionnels ou de comportement importants, comme une dépression, de l'anxiété, etc.
- ☐ Observations changeantes, symptômes subjectifs hors de proportion avec les observations objectives, observations contradictoires.
- ☐ Problèmes professionnels (décrivez-les, s'ils sont connus) : _____
- ☐ Abus de substance : _____
- ☐ Autre (décrivez) : _____

Quel est votre pronostic ?

- ☐ Rétablissement sans déficience (perte de fonction) Nombre de semaines _____
- ☐ Stabilisation avec persistance de la déficience Nombre de semaines _____
- ☐ Stabilisation d'une durée inconnue
- ☐ Déficience permanente

Commentaires : _____

Partie 5 : CAPACITÉS FONCTIONNELLES

Veuillez indiquer les capacités physiques actuelles de votre patient :

Capacité fonctionnelle (**Société canadienne de cardiologie**) :

- ☐ Classe 1 (aucune limitation) ☐ Classe 2 (limitation légère) ☐ Classe 3 (limitation modérée) ☐ Classe 4 (limitation importante)

	Poids	Fréquence	Durée
Soulever / Transporter	De 1 à 10 lb (de 0,5 à 4,5 kg) De 11 à 20 lb (de 5 à 9,1 kg) De 21 à 50 lb (de 9,5 à 22,7 kg)		
Pousser / Tirer	De 1 à 10 lb (de 0,5 à 4,5 kg) De 11 à 20 lb (de 5 à 9,1 kg) De 21 à 50 lb (de 9,5 à 22,7 kg)		
Rester debout	Heures		
Marcher	Pâté de maisons		

Quels sont les obstacles au retour au travail, s'il y a lieu ? _____

À votre avis, à partir de quelle date le patient pourrait-il retourner au travail ? _____ (JJ / MM / AAAA)

Si les fonctions pouvaient être modifiées, à quel moment l'emploi de réadaptation pourrait-il commencer ? _____ (JJ / MM / AAAA)

Permis de conduire révoqué : Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, veuillez préciser la date de révocation : _____ (JJ / MM / AAAA)

RÉADAPTATION :

a) Le patient suit-il un programme réadaptation cardiaque ? Oui ☐ Non ☐

b) Le patient peut-il envisager la réadaptation professionnelle ? Oui ☐ Non ☐

c) Dans l'affirmative, précisez : _____

Partie 6 : COMPÉTENCE

Pensez-vous que le patient a la capacité d'endosser un chèque et de veiller à la bonne utilisation des fonds ? Oui ☐ Non ☐

Si non, depuis quelle date ? _____ (JJ / MM / AAAA)

Si non, avez-vous transmis le dossier au curateur public, un tuteur a-t-il été nommé ou une procuration a-t-elle été rédigée ?

Oui ☐ Non ☐

Partie 7 : COMMENTAIRES

Nous vous saurions gré de nous faire part de toute autre remarque qui nous aiderait à mieux comprendre la situation du patient et son affection.

SIGNATURE

X

Signature

Date (JJ / MM / AAAA)

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)

Diplôme et spécialité

☐ Soins primaires ☐ Consultant

Adresse (rue / ville / province / code postal)

Adresse de courrier électronique : _____

N° de téléphone : () _____ N° de télécopieur : () _____

Envoyer la formule dûment remplie et les documents par courriel à nos bureaux : intake@rbc.com

**Vous pouvez également envoyer les renseignements par télécopieur au : Compagnie d'assurance vie RBC,
Service des règlements, Assurances de personnes, 1 800 714-8861.**

Si vous avez des questions, appelez-nous au 416 643-4700 ou au numéro sans frais 1 877 519-9501.

Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes, C.P. 4435, succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8
www.rbcassurances.com