

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.

Veillez 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

DIAGNOSTIC : (Veillez utiliser les critères du DSM-IV ou DSM-5)

Veillez joindre une copie de tous les rapports de consultation.

Données justificatives : (Veillez décrire les symptômes, la gravité, la fréquence, et les résultats de tous les tests médicaux ou psychologiques à l'appui de chaque axe.)

Axe I _____

Axe II _____

Axe III _____

Axe IV _____

Veillez énumérer les symptômes qui limitent actuellement les activités et les fonctions : _____

ÉVALUATION DE L'ÉTAT MENTAL :

	DATE (JJ/MM/AAAA)	NORMAL / ANORMAL	DESCRIPTION
Apparence générale			
Comportement			
Parole			
Affect			
Humeur			
Cognition			
Autocritique			
Jugement			
Autre			

FACTEURS PRÉCIPITANTS ET AGGRAVANTS (Veuillez décrire tous les facteurs qui pourraient avoir contribué à l'apparition des problèmes cliniques ou qui pourraient avoir aggravé leur résolution) :

Problèmes professionnels : _____

Problèmes sociaux / familiaux : _____

Consommation d'alcool ou de drogue / jeu de pari : Oui Non _____

Programme de désintoxication : Oui Non _____

Trouble de l'alimentation / trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : Oui Non _____

Affections physiques : _____

Problèmes financiers / juridiques : Oui Non _____

Traits de personnalité / motivation : _____

Capacités d'adaptation : _____

Changement touchant les activités de la vie quotidienne : _____

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

Autres problèmes : _____

Partie 3: ANTÉCÉDENTS ET CONCLUSIONS

Veuillez fournir des copies de tout rapport clinique ou de consultation pertinent au dossier :

Première apparition des symptômes	Date : _____ (JJ/MM/AAAA)
À partir de quelle date les symptômes se sont-ils aggravés ?	Date : _____ (JJ/MM/AAAA)
Première visite pour un traitement ou une consultation	Date : _____ (JJ/MM/AAAA)
Depuis quelle date l'affection du patient l'empêche-t-elle de travailler ?	Date : _____ (JJ/MM/AAAA)
Date de la visite la plus récente	Date : _____ (JJ/MM/AAAA)

Fréquence des consultations : _____

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 : _____

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 CSPAAT, 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

PSYCHOTHÉRAPIE :

Type de thérapie : _____ Objectifs et approche thérapeutique : _____

Fréquence et durée des séances : _____

Nombre de séances de thérapie / de consultation jusqu'à ce jour : _____

Observation du traitement : _____

Réponse au traitement jusqu'à ce jour : _____

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)

SOMMAIRE DU TRAITEMENT

Réponse globale au traitement : _____

Résultats prévus et délais : _____

Motivation et collaboration du patient : _____

Y a-t-il des traitements recommandés auxquels le patient n'a pas accès ? _____

Lesquels des symptômes suivants se poursuivent ?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Limitation dans le travail et perte d'intérêt | <input type="checkbox"/> Humeur dépressive | <input type="checkbox"/> Pensées suicidaires |
| <input type="checkbox"/> Anxiété (symptômes physiques) | <input type="checkbox"/> Baisse de libido | <input type="checkbox"/> Manque d'énergie |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Culpabilité | |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | | |

TRAITEMENT POUR PROBLÈMES AUTRES QUE PSYCHIATRIQUES OU PSYCHOLOGIQUES :

Traitement	Affection	Prestataire / établissement de soins (nom, adresse, spécialisation)

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 _____

PLANS DE TRAITEMENT FUTURS :

Quels changements avez-vous apportés au traitement ou quels changements envisagez-vous ? _____

Autre : _____

Décrivez la réponse au traitement reçu jusqu'à ce jour : Aucune réponse Réponse partielle Réponse complète
Décrivez toute complication qui pourrait prolonger le rétablissement (effets secondaires du traitement / autre) :

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 :

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)

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)

_____ Diplôme et spécialité
Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) Soins primaires Conseiller

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