

### 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Adresse (rue / ville / province / code postal) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Police(s) no(s) : \_\_\_\_\_  
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Demande(s) de règlement no(s) : \_\_\_\_\_

### Partie 2: DIAGNOSTIC DE L'AFFECTION ACTUELLE

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

Diagnostic principal : Polyarthrite rhumatoïde  Arthrose  Autre maladie rhumatismale

Si autre, précisez : \_\_\_\_\_

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)

Veillez 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** : \_\_\_\_\_

Examen	Date (JJ/MM/AAAA)	Résultat
AAN		
Titre de facteur rhumatoïde		
Culture de liquide synovial positive		
Positive synovial fluids		
Changement histologique observé par biopsie		
Autre		

### Partie 3: ANTÉCÉDENTS ET CONCLUSIONS

Date de la première consultation pour cette affection : \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

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

Signes physiques	Précisez l'emplacement	
Synovite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ankylose	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Réduction de l'amplitude des mouvements	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Contracture	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Déformation articulaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les résultats radiographiques sont-ils compatibles avec une polyarthrite rhumatoïde ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les résultats de la radiographie sont-ils compatibles avec des lésions articulaires dégénératives ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Précisez les articulations touchées : \_\_\_\_\_

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)

Date de la visite la plus récente : \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

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

Avez-vous rempli des formulaires à la demande de l'assureur automobile ? Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de l'assureur \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

Inscrivez les renseignements sur tous les traitements reçus jusqu'à ce jour et sur le plan de traitement futur : \_\_\_\_\_

## 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)

Physiothérapie (type, fréquence, dates) : \_\_\_\_\_

Interventions chirurgicales : \_\_\_\_\_

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) : \_\_\_\_\_

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

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

**Veillez indiquer les capacités physiques actuelles de votre patient :**

- Tâches sédentaires** : Efforts physiques occasionnels et / ou efforts physiques négligeables, fréquents ou constants, dans le but de soulever, transporter, pousser, tirer ou déplacer de quelque autre façon des charges, y compris le corps humain, ayant un poids maximal de 10 livres (4,5 kg), en position assise, mais la personne peut aussi marcher ou rester debout pendant une courte période. Les tâches sont sédentaires s'il n'est nécessaire de marcher et de rester debout qu'à l'occasion et que les autres critères relatifs à la sédentarité sont respectés.
- Tâches légères** : Efforts physiques occasionnels dans le but de déplacer des charges maximales de 20 livres (9,1 kg) et / ou efforts physiques fréquents ou négligeables constants dans le but de déplacer des charges maximales de 10 livres (4,5 kg). Les efforts physiques sont supérieurs à ceux des tâches sédentaires. En général, les tâches légères requièrent que la personne marche ou reste debout pendant un certain temps. Toutefois, si l'utilisation des bras et / ou des jambes exige un effort physique supérieur à celui exigé dans le cas des tâches sédentaires et que le travailleur reste assis la plupart du temps, le poste est classé dans les tâches légères.
- Tâches moyennes** : Efforts physiques occasionnels dans le but de déplacer des charges maximales de 50 livres (22,7 kg) et / ou efforts physiques fréquents dans le but de déplacer des charges maximales de 25 livres (11,3 kg) et / ou efforts physiques constants dans le but de déplacer des charges maximales de 10 livres (4,5 kg).
- Tâches lourdes** : Efforts physiques occasionnels dans le but de déplacer des charges maximales de 100 livres (45,4 kg) et / ou efforts physiques fréquents dans le but de déplacer des charges maximales de 50 livres (22,7 kg) et / ou efforts physiques constants dans le but de déplacer des charges maximales de 20 livres (9,1 kg).
- Tâches très lourdes** : Efforts physiques occasionnels dans le but de déplacer des charges pesant plus de 100 livres (45,4 kg) et / ou efforts physiques fréquents dans le but de déplacer des charges maximales de 50 livres (22,7 kg) et / ou efforts physiques constants dans le but de déplacer des charges maximales de 20 livres (9,1 kg).

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)

---

## 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

\_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)  
Date

\_\_\_\_\_ (en caractères d'imprimerie)  
Nom du médecin

\_\_\_\_\_ (Diplôme et spécialité)  
 Soins primaires  Conseiller

\_\_\_\_\_ (rue / ville / province / code postal)  
Adresse

\_\_\_\_\_ (courriel)  
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](mailto: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](http://www.rbcassurances.com)