



RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom : _____
Nom de famille Prénom Initiale

Date de naissance : _____
(JJ/MM/AAAA) Grandeur (po/cm) Poids (lb/kg) N°(s) de police(s)

DIAGNOSTIC

1. a) Diagnostic primaire : (pour un diagnostic psychiatrique, indiquez le code DSM-IV comprenant tous les axes/pour un diagnostic cardiaque, indiquez la catégorie cardiaque et la tension artérielle lors de la dernière visite)

- b) Diagnostic secondaire : (y compris les complications)

- c) Symptômes actuels qui empêchent ou limitent la capacité à travailler du patient :

- d) Constatations objectives : (indiquez le nom des examens objectifs, la date des examens et les résultats)

- e) Si l'affection est causée par une grossesse, quelle est la date prévue de l'accouchement? _____ (JJ/MM/AAAA)

TRAITEMENT

2. Date de la dernière consultation : _____ Fréquence des consultations : Hebdomadaire Mensuelle Autre (spécifiez) _____
(JJ/MM/AAAA)
3. Le patient a-t-il été hospitalisé? Oui Non Si "Oui", veuillez préciser :

Nom de l'hôpital _____	Date de l'hospitalisation : du (JJ/MM/AAAA) au (JJ/MM/AAAA) _____
Nom de l'hôpital _____	Date de l'hospitalisation : du (JJ/MM/AAAA) au (JJ/MM/AAAA) _____
4. Le patient a-t-il subi une opération suite à son affection? Oui Non Si "Oui", veuillez préciser :

Nom de la/des procédure(s) _____	Date(s) (JJ/MM/AAAA) _____
----------------------------------	----------------------------
5. Médicament(s) actuellement administré(s) :

Nom du médicament _____	Posologie _____	Date de la prescription (JJ/MM/AAAA) _____
Nom du médicament _____	Posologie _____	Date de la prescription (JJ/MM/AAAA) _____
Nom du médicament _____	Posologie _____	Date de la prescription (JJ/MM/AAAA) _____
6. Décrivez brièvement votre plan de traitement et de retour au travail : _____
7. Le patient adhère-t-il complètement au plan de traitement qui a été recommandé? Oui Non Si "Non", veuillez préciser : _____
8. À votre connaissance, y a-t-il des considérations d'ordre personnel, professionnel, ou des traitements de nature principalement non médicale qui pourraient avoir un impact sur la capacité de votre patient à reprendre le travail? Oui Non Si "Oui", veuillez préciser : _____

9. a) Quelles sont les restrictions du patient (ce que le patient NE DOIT PAS faire)? _____

- b) Quelles sont les limitations du patient (ce que le patient NE PEUT PAS faire)? _____

- c) Veuillez indiquer quelles sont les fonctions professionnelles précises dont l'accomplissement est limité ou impossible pour le patient, et par quels symptômes précis : _____

10. a) Avez-vous effectivement supervisé les soins pour ce patient? Oui Non Si "Non", veuillez préciser : _____

- b) Quel traitement le patient a-t-il reçu depuis la dernière déclaration et par qui? _____

- c) Le patient perçoit-il que le traitement lui a été bénéfique, ou le sera? _____

11. Quel est votre pronostic?
- a) Guérison sans déficience (perte de fonction) Nombre de semaines _____
- b) Stabilisation avec déficience continue Nombre de semaines _____
- c) Déficience permanente
- d) Commentaires : _____

12. Le patient est-il un candidat potentiel pour le travail à l'essai? Pour sa profession Oui Non Pour toute autre profession Oui Non

Veuillez fournir tout commentaire ou tout autre renseignement que vous pensez pertinents à la capacité du patient à retourner au travail : _____

Il serait grandement apprécié si vous pouviez joindre une copie de vos dossiers médicaux récents, y compris les rapports de consultations, résultats de tests et résumés hospitaliers.

SIGNATURE **NOTA : Le patient a la responsabilité de s'assurer que le présent formulaire soit rempli et de payer tous frais exigés à cette fin.**

X _____
 Signature Date (JJ/MM/AAAA) Diplôme et spécialité

_____ Soins primaires Conseiller
 Nom du médecin

 Adresse

 Ville Province Code postal

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

POSTEZ VOTRE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AU :

Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes
 C.P. 4435, succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8 ou télécopiez-le au : 1-800-714-8861

Pour toute question supplémentaire, composez sans frais le 1-877-519-9501 ou le 416-643-4700.