Questionnaire du médecin traitant
Demande de prestations d'invalidité de longue durée
Troubles musculosquelettiques

Sun Life

Veuillez remplir le présent formulaire en tenant compte de l'état de santé actuel de votre patient. Les renseignements que vous fournirez aideront la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (Sun Life) à comprendre l'affection dont souffre votre patient, le traitement, le pronostic et les possibilités de rétablissement. Nous vous remercions de votre collaboration.

Veuillez noter que toute référence au médecin traitant s'entend également du médecin autorisé ou de l'infirmier praticien.

Nota : La trousse ILD de votre patient contient trois questionnaires portant sur : la santé mentale, les troubles musculosquelettiques et les autres affections. Vous ne devez remplir qu'un seul formulaire. Veuillez choisir celui qui convient le plus à l'état de santé de votre patient. Les frais engagés pour faire remplir le formulaire sont à la charge du patient.

Effacer

1 Renseignements sur le participant et consentement (à remplir par le patient)

Prénom	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone (domicile)	Autre numéro de téléphone	
Adresse électronique		

Numéro de contrat	Numéro de participant	Taille pi po / m cm	Poids ☐ lb ☐ kg	Date du dernier jour de travail (jj-mm-aaaa)	Date du retour au travail ou date prévue du retour au travail (jj-mm-aaaa)

Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement.

Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence

Autorisation et signature du participant

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements personnels à mon sujet, et à les communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ainsi qu'à ses mandataires et fournisseurs de service aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au présent régime. Je reconnais que le présent consentement restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation ou la durée du processus de résolution qui s'ensuivrait si je contestais une décision concernant ma demande de prestations, mais que, aux fins de la vérification, elle demeurera valide pendant la durée du régime. Je conviens que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature du participant	Date (jj-mm-aaaa)
X	

2 Renseignements sur l'affection (à remplir par le médecin)

Prénom du participant	Nom de famille	Date de naissance (jj-mm-aaaa)

Je suis le : ☐ médecin de famille ☐ spécialiste-conseil ☐ autre (précisez) _____

Diagnostic actuel

Diagnostic principal

Diagnostic secondaire

Votre patient a-t-il été informé du diagnostic? ☐ Non ☐ Oui

L'affection est-elle reliée à :

☐ une maladie ou une blessure professionnelle ☐ un accident de la route ☐ un acte criminel

Dans l'affirmative, indiquez la date de l'événement:

Date (jj-mm-aaaa)

Précisions

Date de votre première consultation relativement à cette affection (jj-mm-aaaa)	Date du premier jour d'absence du travail en raison de l'affection (jj-mm-aaaa)

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection ou pour une affection semblable? ☐ Non ☐ Oui Dans l'affirmative, précisez la date

Date ((jj-mm-aaaa)	Fournisseur du traitement

Avez-vous rempli récemment d'autres demandes de prestations d'invalidité relativement à votre patient? ☐ Oui ☐ Non

Symptômes

Décrire les symptômes, leur gravité et la fréquence à laquelle ils se manifestent.

Symptôme	Fréquence	Gravité

Indiquer si les symptômes de votre patient ont évolué jusqu'à présent. ☐ Amélioration ☐ Aucune évolution ☐ Détérioration

3 Observations cliniques et Examens complémentaires

Investigations
Veuillez joindre une copie de tous les documents pertinents :
• résultats d'examens (si aucun résultat n'est fourni, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué)
• comptes rendus de consultation
Notez que les résultats d'un test génétique ne sont pas requis; inutile de les joindre au présent formulaire.

Prévoit-on d'autres examens? ☐ Non ☐ Oui Si oui, indiquez le type d'examen et la date.

Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa)	Description
Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa)	Description
Date prévue du rapport (jj-mm-aaaa)	Description

Si vous n'êtes pas le spécialiste traitant, votre patient est-il suivi par un spécialiste? ☐ Non ☐ Oui
Si oui, veuillez joindre une copie des comptes rendus de consultation. Si vous ne joignez pas de comptes rendus de consultation, ou si vous ne les avez pas encore reçus, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom du spécialiste	Spécialité	Date de la consultation (jj-mm-aaaa)
Nom du spécialiste	Spécialité	Date de la consultation (jj-mm-aaaa)

Veuillez confirmer les renseignements suivants concernant votre patient Poids _____ Taille _____

Participation à un programme d'amaigrissement? ☐ Oui ☐ Non

Observations neurologiques

Faiblesse : ☐ Oui ☐ Non

Atrophie musculaire : ☐ Oui ☐ Non

Diminution de la sensibilité ou engourdissement : ☐ Oui ☐ Non

Réflexes ☐ normaux ☐ diminués ☐ absents

Indiquer les articulations ou les groupes musculaires affectés.

3 Observations cliniques et Examens complémentaires (suite)

Amplitude des mouvements

Énumérer les articulations ou les groupes musculaires affectés.

(Nota : Donner des précisions si plus d'une articulation est touchée.)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Indiquer l'amplitude des mouvements (en degrés), pour chaque articulation affectée ou groupe musculaire affecté dont il est question à gauche.

	1	2	3	4
Flexion :				
Flexion latérale :				
Extension :				
Rotation interne :				
Rotation externe :				
Abduction :				
Adduction :				
Rotation :				
Supination :				
Pronation :				
Force de préhension :				
Élévation de la jambe tendue :	En position assise gauche droite		En position couchée gauche droite	

Évaluation des capacités fonctionnelles

Une évaluation formelle a-t-elle été faite (par exemple, une évaluation des capacités fonctionnelles)? ☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez joindre une copie du compte rendu.

Indiquer si votre patient vous a dit éprouver quelque difficulté ou s'il affiche quelque difficulté en ce qui touche ce qui suit. Si tel est le cas, préciser le degré de difficulté.

	Aucune	**Légère**	**Modérée**	**Grave**	**Cette difficulté cadre-t-elle avec l'examen physique ou psychologique? Veuillez fournir des précisions.**
Cognition	☐	☐	☐	☐	
Sensibilité	☐	☐	☐	☐	
Dextérité	☐	☐	☐	☐	
Conduire	☐	☐	☐	☐	
Marcher	☐	☐	☐	☐	
Se tenir debout	☐	☐	☐	☐	
Grimper	☐	☐	☐	☐	
S'asseoir	☐	☐	☐	☐	
Tendre les bras au-dessus des épaules	☐	☐	☐	☐	
Tendre les bras en dessous des épaules	☐	☐	☐	☐	
S'accroupir	☐	☐	☐	☐	
Se pencher	☐	☐	☐	☐	

Veuillez estimer le poids maximum que votre patient soulever
☐ (0 à 10 lb) ☐ (11 à 20 lb) ☐ (21 à 30 lb) ☐ (31 à 40 lb) ☐ (41 à 50 lb) ☐ (50 lb et plus)

3 Observations cliniques et Examens complémentaires (suite)

Veuillez nous faire part de toute autre affection ou toute complication influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou sur la durée prévue de la période de convalescence.

Facteurs aggravants

Veuillez indiquer tous les facteurs qui pourraient avoir influé sur le ou les problèmes cliniques et nuire au rétablissement.

- ☐ Problèmes au travail
- ☐ Problèmes familiaux ou sociaux
- ☐ Problèmes financiers ou juridiques
- ☐ Forme physique
- ☐ Consommation d'alcool ou usage de stupéfiants
- ☐ Effets secondaires de médicaments
- ☐ Perception de la douleur
- ☐ Comportement d'automutilation
- ☐ Capacités d'adaptation
- ☐ Personnalité ou motivation
- ☐ Autre

Veuillez préciser.

Veuillez décrire les services de soutien offerts ou envisagés pour aider à régler ces problèmes.

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis frappé de restrictions ou révoqué par suite de l'affection? ☐ Non ☐ Oui Si oui, quand?

Date (jj-mm-aaaa)	Type de permis

4 Traitement

Depuis combien de temps fournissez-vous des soins à ce patient? _____

Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)	Date prévue de la prochaine consultation (jj-mm-aaaa)

Depuis la première consultation, à quelle fréquence avec vous vu le patient?

☐ Hebdomadaire ☐ Toutes les deux semaines ☐ Mensuelle ☐ Autre _____

Médicaments (seulement ceux que le patient n'a pas indiqués à la section 1)

Nom du médicament	Posologie	Date où le patient a commencé à le prendre (jj-mm-aaaa)	Façon dont le patient répond/observations

4 Traitement (suite)

Médicaments prescrits par d'autres médecins

Nom du médicament	Posologie	Date où le patient a commencé à le prendre (jj-mm-aaaa)	Façon dont le patient répond/observations

Renseignements sur le traitement – Veuillez fournir des précisions sur le programme de traitement établi (ex. : traitement de physiothérapie, gestion de la douleur, traitement de chiropractie, massage, exercice, autre programme de réadaptation)

Type de traitement	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj-mm-aaaa)	Fréquence des consultations	Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)	Réponse
			☐ Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Autre		
			☐ Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Autre		
			☐ Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Autre		
			☐ Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Autre		

Votre patient a-t-il été récemment hospitalisé en raison de son affection actuelle? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, veuillez joindre une copie du rapport de sortie. S'il n'est pas possible de joindre une copie du rapport de sortie, veuillez fournir les renseignements suivants :

Date de la ou des hospitalisations

Du (jj-mm-aaaa)	Au (jj-mm-aaaa)	Nom de l'hôpital ou de l'établissement

Votre patient a-t-il subi une intervention chirurgicale ou est-il prévu qu'il en subisse une? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, indiquez le type d'intervention chirurgicale.

Chirurgie	
Date subie (jj-mm-aaaa)	Date prévue (jj-mm-aaaa)

4 Traitement (suite)

Réponse au traitement

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent? ☐ Réponse complète ☐ Réponse partielle ☐ Aucune réponse ☐ Trop tôt pour se prononcer

Votre patient suit-il le programme de traitement recommandé? ☐ Non ☐ Oui

Dans la négative, veuillez expliquer.

Envisage-t-on de modifier ou d'intensifier le programme de traitement actuel? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, veuillez expliquer.

5 Pronostic et rétablissement

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie encourage la réadaptation du salarié en lui proposant de l'assistance, des tâches modifiées ou allégées pour qu'il puisse reprendre le travail dès que cela sera possible sur le plan médical. Compte tenu des renseignements que vous nous donnez, nous pourrons déterminer les possibilités de réadaptation de votre patient.

De quels objectifs de retour au travail avez-vous discuté avec votre patient? Veuillez préciser.

Veuillez fournir le pronostic quant à l'amélioration de votre patient.

Veuillez nous fournir tout autre renseignement qui nous aiderait à comprendre l'affection dont souffre le patient actuellement, les objectifs de rétablissement et le pronostic

5 Pronostic et rétablissement (suite)

Veuillez fournir le pronostic quant à l'amélioration de votre patient.

Veuillez nous fournir tout autre renseignement qui nous aiderait à comprendre l'affection dont souffre le patient actuellement, les objectifs de rétablissement et le pronostic

6 Attestation du médecin traitant

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'invalidité de l'assureur ou du gestionnaire du régime, et ils peuvent être divulgués au patient, aux tiers autorisés par le patient ou aux mandataires et fournisseurs de services de la Sun Life ayant le droit d'avoir accès à ces renseignements.

En fournissant les présents renseignements, je consens à ce qu'ils soient transmis sans qu'aucune modification y soit apportée. Je comprends que je dois vous indiquer par écrit qu'une telle divulgation au patient ou au tiers autorisé par le patient pourrait avoir un effet néfaste sur la santé du patient.

Nom de famille du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Prénom			Timbre du médecin
Spécialiste				
Adresse (numéro et rue)				
Ville		Province	Code postal	
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur			
Signature du médecin X				Date (jj-mm-aaaa)

Faites parvenir la présente déclaration à votre patient ou envoyez-la directement par télécopieur en toute confidentialité au bureau de gestion invalidité groupe de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie concerné. Veuillez demander à votre patient de vous indiquer le bureau avec lequel il fait affaire. Vous n'avez pas besoin de poster les renseignements que vous envoyez par télécopieur. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers.

Halifax :
Téléc. : 1-866-639-7850
CP 11480 Succ CV
Montréal QC H3C 5P5

Montréal :
Téléc. : 1-866-639-7846
CP 11037 Succ CV
Montréal QC H3C 4W8

Toronto :
Téléc. : 1-866-639-7851
CP 950 Succ A
Toronto ON M5W 1G5

Kitchener - Waterloo :
Téléc. : 1-866-209-7215
CP 100 Succ C
Kitchener ON N2G 3W9

Edmonton :
Téléc. : 1-866-639-7820
CP 2733 Succ Main
Edmonton AB T5J 5C9

Vancouver :
Téléc. : 1-866-639-7829
CP 48810 Succ Bentall
Vancouver BC V7X 1A6

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Financière Sun Life.