

Déclaration du médecin traitant – Demande de prestations d'invalidité de courte durée/Service d'orientation anticipée

Renseignements sur le participant de régime / le salarié et son consentement : À REMPLIR PAR LE PATIENT		
Nom du participant de régime / du salarié (Nom de famille, prénom, initiale du second prénom)		Téléphone au domicile (y compris l'indicatif régional)
		Numéro de cellulaire (y compris l'indicatif régional)
Adresse (rue, ville, province, code postal)		
Nom de l'employeur		Numéro du régime collectif
		Numéro d'identification du salarié à la Great-West
Taille	Poids	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Date du dernier jour de travail (jj/mm/aaaa) _____		Date de retour au travail ou date prévue de retour au travail (jj/mm/aaaa) _____
<p>J'autorise mes fournisseurs de soins de santé ou de soins de réadaptation à divulguer des renseignements à mon égard, y compris les renseignements médicaux et les rapports de consultation me concernant, à la Great-West, dans le cadre des enquêtes sur ma ou mes demandes de règlement et de l'évaluation de ces dernières, de la gestion de toute protection que je peux détenir auprès de la Great-West et de l'administration du régime collectif.</p> <p>Je reconnais que la Great-West a besoin de mes renseignements personnels aux fins indiquées ci-dessus. Je reconnais que mon consentement permet à la Great-West de traiter ma ou mes demandes de règlement et que tout refus de consentement de ma part peut entraîner un retard dans le traitement de ma ou mes demandes de règlement ou leur refus.</p> <p>Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l'envoi d'un avis écrit en ce sens.</p> <p>Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.</p>		
Signature du participant de régime / du salarié _____		Date du consentement (jj/mm/aaaa) _____
Déclaration du médecin traitant : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN		
<div style="display: flex; align-items: center;"> <ul style="list-style-type: none"> Si votre patient est de retour au travail ou le sera dans les quatre semaines suivant la date de son dernier jour de travail, veuillez remplir la page 1 uniquement et apposer votre signature à la fin du formulaire. Pour toute absence risquant de durer plus de quatre semaines, veuillez remplir les pages 1 et 2 au complet. </div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">VEUILLEZ REMPLIR AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES</p>		
Diagnostic primaire : _____		
Diagnostic secondaire et/ou complications : _____		
En cas de grossesse, date prévue ou réelle de l'accouchement (jj/mm/aaaa) _____ Par voie vaginale <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/>		
Maladie professionnelle ou accident de travail Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, date de l'évènement : (jj/mm/aaaa)		Accident d'automobile Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, date de l'évènement : (jj/mm/aaaa)
Date de la première consultation avec vous en raison de cette affection : (jj/mm/aaaa) _____		Date du premier jour d'absence en raison de l'affection : (jj/mm/aaaa) _____
Hospitalisation Votre patient est-il / a-t-il été hospitalisé <input type="checkbox"/> ou a-t-il subi une chirurgie d'un jour <input type="checkbox"/> Date de l'admission (jj/mm/aaaa) : _____ Date du congé (jj/mm/aaaa) : _____ Nom de l'établissement : _____		
Si le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description :		
Date (jj/mm/aaaa) : _____ Description : _____		
Traitement (médicaments, posologie, physiothérapie, autre) : _____ _____		
Pronostic Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement : _____ _____		

Suite de la Déclaration du médecin traitant – Absence risquant de se prolonger au-delà de quatre semaines

Le patient a-t-il déjà été traité pour cette affection ou pour une affection similaire? Oui Non

Dans l'affirmative, à quelle date (jj/mm/aaaa) : _____ Fournisseur des soins : _____

Décrivez les symptômes du patient, y compris l'historique, la gravité et la fréquence à laquelle ils se manifestent :

Fréquence des consultations : Hebdomadaire Mensuelle Autre _____

Veillez joindre une copie de tous les documents pertinents :

- ➔ • résultats d'examen / investigations médicales (si aucun résultat n'est fourni, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué)
- rapports de consultation

Si aucun rapport de consultation n'est fourni, veuillez indiquer si votre patient a été, ou sera, vu par un spécialiste pour cette affection.

Nom du spécialiste : _____ Spécialité : _____ Date de la consultation : _____

D'après vos constatations et vos observations cliniques, veuillez décrire les capacités cognitives et physiques actuelles de votre patient.

Veillez nous faire part de toute complication ou de tout autre trouble de santé influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou la période de rétablissement prévue.

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

Pronostic Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement (s'il n'est pas déjà indiqué à la page 1)

Note à l'intention du médecin :

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'indemnisation vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou du gestionnaire de régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu l'autorisation ou qui y sont autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, je consens à ce que les renseignements figurant dans la présente soient divulgués tels quels.

Médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Spécialité	Timbre du médecin
Adresse (rue, ville, province, code postal)		
Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)	Numéro de télécopieur (y compris l'indicatif régional)	
Adresse de courriel		
Signature	Date (jj/mm/aaaa)	