

644, RUE MAIN CP 220
MONCTON NB E1C 8L3
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLEC. : 1-800-644-1722
disability@medavie.bluecross.ca

230 AVE BROWNLOW - DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLEC. : 1-800-644-1722
disability@medavie.bluecross.ca

CP 2000 185 THE WEST MALL BUREAU 1200
ETOBICOKE ON M9C 5P1
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLEC. : 1-800-644-1722
disability@medavie.bluecross.ca

1981, AVENUE MCGILLE COLLEGE, BUREAU 100
MONTRÉAL (QC) H3A 3A7
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLEC. : 1-800-644-1722
salaire@medavie.croixbleue.ca

Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

DIRECTIVES :

1. Veuillez écrire en lettres moulées.
2. La partie I doit être remplie par le patient.
3. La partie II a VI doit être remplie par le médecin.
4. Le patient est responsable des frais associés à ce formulaire.

PARTIE I : AUTORISATION DU PATIENT

Nom : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____
Nom de famille Prénom Initiales

Par la présente, j'autorise la divulgation de tout renseignement ci-inclus demandé par mon assureur ou ses agents.

Signature : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

PARTIE II : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____ Spécialité : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

PARTIE III : ANTÉCÉDENTS DE MALADIES EXISTANTES

1. Si la maladie est liée à une grossesse, précisez la date ou la date prévue de l'accouchement (JJ/MM/AAAA) : _____
(Veuillez joindre les observations cliniques prénatales)
2. La maladie est-elle causée par une blessure ou une affection liée à l'emploi du patient? Oui Non Inconnu
Les formulaires d'indemnisation des accidentés du travail/CSST ont-ils été remplis? Oui Non Inconnu
3. a) Diagnostic primaire : _____ Échelle : DSM (____) Degré de gravité (____)
_____ Catégorie (____) Stade (____)
b) Diagnostic secondaire : _____ Échelle : DSM (____) Degré de gravité (____)
_____ Catégorie (____) Stade (____)
c) Date à laquelle les symptômes se sont manifestés pour la première fois ou à laquelle l'accident est survenu (JJ/MM/AAAA) : _____
d) Date de l'examen initial (JJ/MM/AAAA) : _____
e) Date à laquelle le patient a cessé de travailler en raison de cette maladie (JJ/MM/AAAA) : _____
f) Symptômes (inclure la gravité et la fréquence) : _____
g) Signes cliniques (veuillez joindre des copies des radiographies, des résultats de tests, etc.) : _____
h) Limites ou restrictions fonctionnelles (veuillez préciser la durée ou le poids maximum)
Position assise : _____ Position debout : _____ Marcher : _____ Lever : _____ Porter : _____ Se pencher : _____
i) Durée prévue des restrictions ou des limites : _____

PARTIE IV : FACTEURS AYANT UN EFFET SUR LA RÉCUPÉRATION

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dépendance _____ | <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de la maladie actuelle _____ |
| <input type="checkbox"/> Alimentation _____ | <input type="checkbox"/> Données actuelles : Taille : _____ Poids : _____ Gaucher ou droitier : _____ |
| <input type="checkbox"/> Environnement de travail _____ | <input type="checkbox"/> Antécédents médicaux _____ |
| <input type="checkbox"/> Milieu familial _____ | <input type="checkbox"/> Maladies préexistantes _____ |

Le patient a-t-il souffert d'une maladie semblable auparavant ? Oui Non Si oui, veuillez préciser la date de début de la maladie : _____

644, RUE MAIN CP 220
MONCTON NB E1C 8L3
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLEC. : 1-800-644-1722
disability@medavie.bluecross.ca

230 AVE BROWNLOW - DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLEC. : 1-800-644-1722
disability@medavie.bluecross.ca

CP 2000 185 THE WEST MALL BUREAU 1200
ETOBICOKE ON M9C 5P1
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLEC. : 1-800-644-1722
disability@medavie.bluecross.ca

1981, AVENUE MCGILLE COLLEGE, BUREAU 100
MONTRÉAL (QC) H3A 3A7
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLEC. : 1-800-644-1722
salaire@medavie.croixbleue.ca

Nom du patient : _____

PARTIE V : PLAN DE GESTION DE LA MALADIE ACTUELLE

	AAAA	Date MM	JJ
<input type="checkbox"/> Fréquence des visites : _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Date de la visite la plus récente : _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Date de la réévaluation : _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dates d'hospitalisation – Veillez inclure les sommaires d'admission et de congé _____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Date et type de chirurgie – Veillez inclure le rapport opératoire _____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Médicaments – Veillez inclure la dose et la date de la première ordonnance _____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Nom	Spécialité	AAAA	MM JJ
<input type="checkbox"/> Spécialiste _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Chiropraticien _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Conseiller _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autres analyses prévues _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Thérapeute _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____	_____
Le patient suit-il le programme de traitement recommandé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

PARTIE VI : DURÉE ESTIMÉE DE LA RÉCUPÉRATION

Progrès du patient : Aucun Régression Amélioration minimale Amélioration importante Plateau Guérison

Pronostic : Mauvais Bon

Durée prévue de la période de récupération : _____

Selon vous, le patient est-il un bon candidat pour une réadaptation médicale ou fonctionnelle (c.-à-d. programme de mise en forme, services de consultation, etc.)?

Oui Non Veuillez préciser votre opinion : _____

Selon vous, le patient est-il un bon candidat pour un programme de retour au travail (c.-à-d. réinsertion, tâches modifiées, retour progressif au travail, etc.)?

Oui Non Veuillez préciser votre opinion : _____

Veillez préciser tout renseignement ou détail qui pourrait avoir des répercussions importantes sur la récupération du patient à la suite de cette maladie : _____

Signature du médecin : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____