

## Confirmation de l'invalidité de longue durée – Rapport d'évolution

| <b>Partie A</b> <b>Renseignements sur le participant au régime/salarié et consentement</b><br><b>À remplir par le patient</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                      |                                         |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|
| Nom du participant/salarié (nom de famille, prénom)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Homme<br><br><input type="checkbox"/> Femme | Téléphone (avec indicatif régional)     | Adresse courriel |
| Adresse (rue, ville, province, code postal)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                      |                                         |                  |
| Numéro du contrat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Numéro du certificat du participant                                  | Date de naissance (jj/mm/aaaa)          |                  |
| <p>J'autorise par la présente la communication à _____ (société d'assurances) ou à ses mandataires des renseignements médicaux et sur ma santé figurant dans mon dossier pour l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et pour l'administration du régime. Les renseignements médicaux et sur la santé comprennent, sans toutefois s'y limiter, copie de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers d'hospitalisation. Il est entendu que je peux révoquer mon consentement en tout temps, mais que sans celui-ci ma demande de prestations pourrait ne pas être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir le présent formulaire sont à ma charge. Une copie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original. <b>Les renseignements médicaux ou sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.</b></p> |                                                                      |                                         |                  |
| Signature du participant/salarié _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | Date du consentement (jj/mm/aaaa) _____ |                  |
| <b>Partie B</b> <b>Évolution du cas depuis le dernier rapport</b><br><b>À remplir par le médecin (ou l'infirmier praticien s'il y a lieu)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                      |                                         |                  |
| Je suis : <input type="checkbox"/> le médecin traitant <input type="checkbox"/> un spécialiste-conseil <input type="checkbox"/> autre (préciser) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                                         |                  |
| <b>1) Diagnostic</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                      |                                         |                  |
| Primaire : <input type="checkbox"/> inchangé depuis le dernier rapport <input type="checkbox"/> a changé depuis le dernier rapport (veuillez expliquer) : _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                      |                                         |                  |
| Secondaire : <input type="checkbox"/> sans objet <input type="checkbox"/> inchangé depuis le dernier rapport <input type="checkbox"/> a changé depuis le dernier rapport (veuillez expliquer) : _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      |                                         |                  |
| <b>2) Symptômes actuels</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                      |                                         |                  |
| Veuillez décrire les symptômes actuels du patient (fréquence, gravité, etc.) : _____<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      |                                         |                  |
| Depuis le dernier rapport, les symptômes du patient :<br><input type="checkbox"/> se sont améliorés <input type="checkbox"/> se sont aggravés <input type="checkbox"/> n'ont pas changé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      |                                         |                  |

### 3) Facteurs qui compliquent la situation

Veuillez indiquer tout facteur récurrent susceptible de contribuer au(x) problème(s) clinique(s) et de se répercuter sur la convalescence du patient. OU ☐ **Aucun nouveau facteur depuis le dernier rapport**

Facteurs qui compliquent la situation :

- |                                                   |                                                          |                                                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Difficultés au travail   | <input type="checkbox"/> Difficultés sociales/familiales | <input type="checkbox"/> Difficultés d'ordre financier/juridique   |
| <input type="checkbox"/> Condition physique       | <input type="checkbox"/> Alcoolisme/Toxicomanie          | <input type="checkbox"/> Effets secondaires d'un ou de médicaments |
| <input type="checkbox"/> Perception de la douleur | <input type="checkbox"/> Difficultés d'adaptation        | <input type="checkbox"/> Personnalité/Manque de motivation         |
|                                                   |                                                          | <input type="checkbox"/> Autres                                    |

Veuillez préciser :

---

---

---

Veuillez décrire le soutien en place ou prévu pour aider le patient face à ces difficultés : \_\_\_\_\_

---

---

### 4) Restrictions et limitations

Veuillez énumérer les restrictions et limitations actuelles du patient : \_\_\_\_\_

---

---

---

| Degré de gravité :      | Léger | Moyen | Sévère | Sans objet |
|-------------------------|-------|-------|--------|------------|
| Déficiences physiques   |       |       |        |            |
| Troubles psychologiques |       |       |        |            |

Depuis votre dernier rapport, la déficience/le trouble : ☐ a diminué ☐ a augmenté ☐ n'a pas changé

### 5) Examens

Date de votre dernière consultation avec le patient (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Date prévue de votre prochaine consultation (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Veuillez joindre à la présente tous les résultats de tests, rapports d'examens ou rapports de consultation nouveaux et pertinents. **Si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun nouveau test n'a été effectué depuis votre dernier rapport. Ne pas fournir de résultats de tests génétiques.**

Avez-vous aiguillé le patient vers des tests, examens ou consultations à venir? ☐ Oui ☐ Non

| Aiguillé vers : | Spécialité, type d'examen ou de test | Date du rendez-vous (jj/mm/aaaa) |
|-----------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| 1. _____        | _____                                | _____                            |
| 2. _____        | _____                                | _____                            |
| 3. _____        | _____                                | _____                            |

Motif de l'aiguillage : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6) Médicaments pris actuellement** (veuillez continuer la liste sur une feuille distincte si vous manquez d'espace)☐ **Aucun changement depuis le dernier rapport**

| Nom du médicament | Posologie initiale et date de la première prise<br>(jj/mm/aaaa) | Posologie actuelle et date du changement, le cas échéant<br>(jj/mm/aaaa) |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|                   |                                                                 |                                                                          |
|                   |                                                                 |                                                                          |
|                   |                                                                 |                                                                          |
|                   |                                                                 |                                                                          |

**7) Hospitalisation**Le patient a-t-il été hospitalisé depuis votre dernier rapport? ☐ Oui ☐ Non

Motif de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

| Date d'admission (jj/mm/aaaa) | Date de sortie (jj/mm/aaaa) | Nom de l'établissement |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 1. _____                      | _____                       | _____                  |
| 2. _____                      | _____                       | _____                  |

Une hospitalisation est-elle prévue? ☐ Oui ☐ NonDans l'affirmative, précisez la date  
(jj/mm/aaaa)

Description de l'intervention chirurgicale ou de la nature de l'hospitalisation :

|          |       |
|----------|-------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |

**8) Précisions sur le traitement actuel**

| Type de thérapie | Nom du fournisseur ou de l'établissement | Date du début du traitement<br>(jj/mm/aaaa) | Fréquence des consultations                                                                                   | Date de la dernière consultation<br>(jj/mm/aaaa) |
|------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|                  |                                          |                                             | <input type="checkbox"/> Hebdomadaire<br><input type="checkbox"/> Mensuelle<br><input type="checkbox"/> Autre |                                                  |
|                  |                                          |                                             | <input type="checkbox"/> Hebdomadaire<br><input type="checkbox"/> Mensuelle<br><input type="checkbox"/> Autre |                                                  |
|                  |                                          |                                             | <input type="checkbox"/> Hebdomadaire<br><input type="checkbox"/> Mensuelle<br><input type="checkbox"/> Autre |                                                  |
|                  |                                          |                                             | <input type="checkbox"/> Hebdomadaire<br><input type="checkbox"/> Mensuelle<br><input type="checkbox"/> Autre |                                                  |

### 9) Réponse globale au traitement

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

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

Dans la négative, expliquez : \_\_\_\_\_

Prévoit-on modifier ou intensifier le programme de traitement actuel? ☐ Oui ☐ Non ☐ Trop tôt pour se prononcer  
Veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

### 10) Pronostic et rétablissement

Avez-vous discuté des objectifs de retour au travail avec le patient? ☐ Oui ☐ Non

Veuillez expliquer le plan de retour au travail : \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient : \_\_\_\_\_

Veuillez fournir tout autre renseignement qui nous aidera à comprendre l'état de santé actuel du patient, les objectifs de rétablissement et le pronostic : \_\_\_\_\_

### Avis au fournisseur de renseignements sur la santé :

Les renseignements figurant dans le présent formulaire seront versés à un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assuré ou de l'administrateur du régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi.

Nom du médecin traitant (ou de l'infirmier praticien s'il y a lieu)

Spécialité

Adresse

Téléphone (avec indicatif régional)

Adresse courriel

Télécopieur (avec indicatif régional)

Signature ou tampon

Date de signature (jj/mm/aaaa)