

## DEMANDE INITIALE D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE – Formulaire du médecin traitant

### DÉCLARATION DU PARTICIPANT

**Adresse de retour :**

Faites parvenir la présente déclaration à votre patient ou envoyez-la directement par télécopieur en toute confidentialité. Il est inutile de nous acheminer les documents originaux. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers.

### 1- Renseignements sur le participant et autorisation – à remplir par le patient

Code d'utilisateur GPM		N° de groupe	
Nom de famille	Prénom	Date de naissance	
Numéro de téléphone	Adresse (numéro et rue)	Appartement	
Ville	Province	Code postal	

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements personnels me concernant et à les communiquer à Groupe Premier Médical Inc., à ses mandataires et à ses fournisseurs de services, 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 la présente autorisation 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 de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

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

### 2- Déclaration du médecin traitant

<b>Diagnostic</b>	
Principal :	
Secondaire :	
<b>Maladie ou blessure professionnelle</b>	
L'état du patient est-il attribuable à l'exercice de ses fonctions ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span>	
<b>Dates se rapportant à l'absence du travail</b>	
Date de la première consultation au cours de la période d'absence actuelle :	Date (jj-mm-aaaa)
Date du premier jour d'absence du travail en raison de l'affection :	Date (jj-mm-aaaa)
<b>Hospitalisation</b>	
Votre patient a-t-il été hospitalisé ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span>	
Date de l'admission (jj-mm-aaaa)	Date de la fin de l'hospitalisation (jj-mm-aaaa) :
Si le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez indiquer la date et en donner une description : Description :	
Type d'anesthésie :	
<b>Traitement</b> (médicament, posologie, thérapie, autre) :	
<b>Fidélité au traitement</b>	
A votre connaissance, le patient suit-il le traitement recommandé ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span>	

### 3- Suite à la déclaration du médecin traitant – Si l'absence risque de se prolonger au-delà de 4 semaines

<b>Antécédents</b> Le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date(s) :	
<b>Symptômes</b> – Décrivez les symptômes, leur gravité et la fréquence à laquelle ils se manifestent :	
<b>Examens complémentaires</b> - veuillez joindre une copie de tous les documents pertinents : <input checked="" type="checkbox"/> <b>Résultats d'examens</b> <i>* Si aucun résultat n'est fourni, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué.</i> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Comptes rendus de consultation</b>	
Y a-t-il d'autres examens de prévus ? <input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, indiquez la date à laquelle les résultats sont attendus : _____ <input type="checkbox"/> Non (jj-mm-aaaa)	
<b>Restrictions et limitations</b> – veuillez décrire les restrictions et les limitations d'ordre cognitif et/ou physique s'appliquant actuellement à votre patient :	
<b>Complications et autres affections</b> – veuillez nous faire part de toute complication ou de toute autre affection influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou sur la durée prévue de son rétablissement :	
<b>Pronostic</b> – veuillez indiquer le pronostic :	

### 4- Attestation du médecin traitant

Nom de famille du médecin traitant (en caractère d'imprimerie)	Prénom	<b>Timbre du médecin</b>
Spécialiste		
Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal)		
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	
<b>Signature du médecin</b> x	<b>Date</b> (jj-mm-aaaa)	

NOTE : Les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge du patient.