

DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE, LE GENRE MASCULIN EST UTILISÉ DANS LE SEUL BUT D'ALLÉGER LE TEXTE.

IL INCOMBE AU PATIENT DE FAIRE REMPLIR CE FORMULAIRE, LES FRAIS ÉTANT À SA CHARGE. VOUS POUVEZ LE RETOURNER À L'UNION-VIE, COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE PAR LA POSTE, OU LE REMETTRE AU PATIENT. NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE COLLABORATION.

### DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ

CETTE DÉCLARATION A POUR OBJET DE NOUS PERMETTRE DE STATUER ADÉQUATEMENT SUR LE DEGRÉ D'INVALIDITÉ. À CETTE FIN, NOUS AVONS BESOIN QUE VOUS NOUS DONNIEZ TOUTES LES PRÉCISIONS POSSIBLES SUR LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, VOS OBSERVATIONS, VOTRE DIAGNOSTIC, LE TRAITEMENT PRESCRIT ET LES RÉSULTATS OBTENUS.

NOM DU PATIENT (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	DATE DE NAISSANCE J                    M                    A	NO GROUPE / POLICE / CERT
OCCUPATION		

#### 1. DIAGNOSTIC (S'IL S'AGIT D'UNE MALADIE DE NATURE PSYCHIÁTRIQUE, VEUILLEZ PRÉCISER LE CODE ET L'AXE SELON LE "DSM IV")

**A. PRINCIPAL (Y COMPRIS TOUTES LES COMPLICATIONS) :**

\_\_\_\_\_

**B. SECONDAIRE (OU AUTRES AFFECTATIONS SUSCEPTIBLES DE MODIFIER LA DURÉE DE L'INVALIDITÉ) :**

\_\_\_\_\_

**C. SYMPTÔMES SUBJECTIFS :** \_\_\_\_\_ **D. SYMPTÔMES OBJECTIVÉS (résultats récents de radiographies, ECG, examens de laboratoire et autres examens) :** \_\_\_\_\_

#### 2. HISTOIRE DE LA MALADIE

**A. DATE D'APPARITION DES SYMPTÔMES OU DATE DE L'ACCIDENT** JOUR \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ ANNÉE \_\_\_\_\_

**B. DATE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL POUR CETTE INVALIDITÉ** JOUR \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ ANNÉE \_\_\_\_\_

**C. LE PATIENT A-T-IL DÉJÀ SOUFFERT DE CETTE AFFECTATION OU D'UNE AFFECTATION DE CE GENRE?** OUI  NON  NE SAIS PAS   
DANS L'affirmative, DATES ET PRÉCISIONS : JOUR \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ ANNÉE \_\_\_\_\_

**D. S'AGIT-IL D'UNE AFFECTATION CHRONIQUE?** OUI  NON  **D'UNE AFFECTATION RÉCIDIVANTE?** OUI  NON   
SI OUI, QUELLE EST LA CAUSE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL ACTUEL? \_\_\_\_\_

**E. SI LE PATIENT EST ATTEINT DEPUIS LONGTEMPS, SON ÉTAT S'EST-IL :** MAINTENU  AMÉLIORÉ  LÉGÈREMENT AGGRAVÉ  CONSIDÉRABLEMENT AGGRAVÉ

**F. L'AFFECTATION EST-ELLE ATTRIBUABLE À UN ACCIDENT OU À UNE MALADIE PROFESSIONNELLE?** OUI  NON  NE SAIS PAS

**G. CETTE MALADIE EST-ELLE RELIÉE DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT À UNE GROSSESSE?** OUI  NON   
SI OUI, DATE PRÉVUE DE L'ACCOUCHEMENT JOUR \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ ANNÉE \_\_\_\_\_

**H. NOMS ET SPÉCIALITÉS DES AUTRES MÉDECINS OU THÉRAPEUTES TRAITANTS OU CONSULTANTS (S'IL Y A LIEU, PRÉCISEZ À LA SECTION 7 REMARQUES).**

#### 3. TRAITEMENT

**A. DATE DE LA PREMIÈRE VISITE** JOUR \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ ANNÉE \_\_\_\_\_

**B. DATE DE LA DERNIÈRE VISITE** JOUR \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ ANNÉE \_\_\_\_\_

**C. FRÉQUENCE DES VISITES** HEBDOMADAIRES  MENSUELLES  AUTRE FRÉQUENCE

**D. GENRE DE TRAITEMENT ET DURÉE PROBABLE :** \_\_\_\_\_

**E. NOMS DES MÉDICAMENTS PRESCRITS ET POSOLOGIE ACTUELLE :** \_\_\_\_\_

**F. Y A-T-IL EU INTERVENTION CHIRURGICALE?** OUI  NON  EN ATTENTE  DATE : JOUR \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ ANNÉE \_\_\_\_\_  
NATURE DE L'INTERVENTION : \_\_\_\_\_

**G. LE PATIENT EST-IL OU A-T-IL ÉTÉ HOSPITALISÉ?** OUI  NON   
SI OUI, PÉRIODE ET NOM DE L'HÔPITAL OU DU CENTRE DE RÉADAPTATION :  
DU \_\_\_\_\_ AU \_\_\_\_\_ ENDROIT : \_\_\_\_\_

**H. LE PATIENT SUIT-IL LES TRAITEMENTS RECOMMANDÉS?** OUI  NON  DANS LA NÉGATIVE FOURNIR DES PRÉCISIONS À LA SECTION 7 REMARQUES.

#### 4. ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

ÉTAT CARDIAQUE (SI L'INVALIDITÉ Y EST RELIÉE)

- A. CAPACITÉ FONCTIONNELLE : SANS RESTRICTION  LÉGÈRE RESTRICTION  RESTRICTION MARQUÉE  RESTRICTION COMPLÈTE   
B. TENSION ARTÉRIELLE À LA DERNIÈRE VISITE : SYSTOLIQUE/DIASTOLIQUE

ÉTAT PHYSIQUE

- A.  SANS RESTRICTION; APTÉ À TOUTE ACTIVITÉ PHYSIQUE  
B.  LÉGÈRE RESTRICTION; TRAVAIL MANUEL LÉGER NE DEMANDANT PAS DE MOUVEMENTS RÉPÉTITIFS  
C.  RESTRICTION MODÉRÉE; TRAVAIL NORMAL DEMANDANT UN EFFORT MODÉRÉ AVEC POSSIBILITÉ DE MOUVEMENTS RÉPÉTITIFS  
D.  RESTRICTION MARQUÉE; TRAVAIL DEMANDANT UN EFFORT SOUTENU  
E.  RESTRICTION COMPLÈTE; AUCUNE FORME DE TRAVAIL, MÊME SÉDENTAIRE

POUR LES RESTRICTIONS C, D ET E VEUILLEZ COCHER LES FONCTIONS QUI **NE PEUVENT PAS** ÊTRE ACCOMPLIES À CAUSE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT :

- COURIR  SOULEVER UNE CHARGE SUPÉRIEURE À \_\_\_\_\_ LB/KG  MAINTENIR SON ÉQUILIBRE  
 GRIMPER  TRANSPORTER UNE CHARGE SUPÉRIEURE À \_\_\_\_\_ LB/KG  CONDUIRE UN VÉHICULE MOTEUR  
 SE PENCHER  S'AGENOUILLER  ACTIONNER DE LA MACHINERIE LOURDE

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

- A.  LE PATIENT PEUT S'ADAPTER AUX SITUATIONS STRESSANTES ET FONCTIONNER EN SOCIÉTÉ  
B.  LE PATIENT PEUT S'ADAPTER À QUELQUES SITUATIONS STRESSANTES ET FONCTIONNER EN SOCIÉTÉ DANS CERTAINS CAS  
C.  LE PATIENT PEUT S'ADAPTER À LA PLUPART DES SITUATIONS STRESSANTES ET FONCTIONNER EN SOCIÉTÉ DANS PRESQUE TOUS LES CAS  
D.  LE PATIENT EST INCAPABLE DE S'ADAPTER AUX SITUATIONS STRESSANTES ET DE FONCTIONNER EN SOCIÉTÉ  
E.  LE PATIENT RÉALISE DIFFICILEMENT SES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION PSYCHOLOGIQUES, PHYSIOLOGIQUES, PERSONNELLES ET SOCIALES

#### 5. PRONOSTIC

- A. LE PATIENT EST-IL TOTALEMENT INCAPABLE D'EXERCER SON OCCUPATION RÉGULIÈRE? OUI  NON  DEPUIS QUELLE DATE? JOUR \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ ANNÉE \_\_\_\_\_  
DANS L'AFFIRMATIVE, QUAND POURRA-T-IL LA REPRENDRE? JOUR \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ ANNÉE \_\_\_\_\_ JAMAIS   
DANS LA NÉGATIVE, À QUELLE DATE POUVAIT-IL LA REPRENDRE ? JOUR \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ ANNÉE \_\_\_\_\_  
SI LA DATE EST INDÉTERMINÉE, NOMBRE DE SEMAINES ADDITIONNELLES ESTIMÉES NÉCESSAIRES POUR ATTEINDRE UN NIVEAU SUFFISANT DE RÉCUPÉRATION POUR TENTER UN RETOUR AU TRAVAIL : \_\_\_\_\_ SEMAINES  
B. LE PATIENT EST-IL TOTALEMENT INCAPABLE D'ACCOMPLIR UNE AUTRE OCCUPATION RÉMUNÉRATRICE? OUI  NON

#### 6. RÉADAPTATION FONCTIONNELLE

- A. UNE ORIENTATION PROFESSIONNELLE OU UN RECYCLAGE SERAIENT-ILS INDIQUÉS? OUI  NON   
B. L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT PEUT-IL **NÉCESSITER** QU'IL RÉINTÈGRE LE TRAVAIL DE FAÇON PROGRESSIVE? OUI  NON   
C. L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT EST-IL SUFFISAMMENT STABILISÉ POUR QU'UNE FORMULE DE RÉINTÉGRATION AU TRAVAIL DE FAÇON PARTIELLE PROGRESSIVE, DE COURTE DURÉE, S'AVÈRE ADÉQUATE ET BÉNÉFIQUE? OUI  NON   
DANS L'AFFIRMATIVE, VEUILLEZ INDIQUER VOS RECOMMANDATIONS À LA SECTION 7 **REMARQUES** EN AYANT SOINS DE PRÉCISER POURQUOI LE RETOUR À PLEIN TEMPS NE PEUT ÊTRE EFFECTUÉ?

#### 7. REMARQUES


NOM DU MÉDECIN (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	SPÉCIALITÉ
ADRESSE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
<b>X</b>	
DATE	SIGNATURE DU MÉDECIN

J'ACCEPTÉ QUE SOIT TRANSMIS À MON ASSUREUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE RELATIF À LA PRÉSENTE DEMANDE.		
<b>X</b>		<b>X</b>
DATE	NOM DU PATIENT (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	SIGNATURE DU PATIENT



**AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION  
DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS**

Aux fins d'administration de mon dossier et d'étude des sinistres, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant entre autres mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mon admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste, ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, S.A.A.Q., la R.A.M.Q., la R.R.Q et le W.C.B., à les communiquer à L'Union-Vie ou à ses réassureurs sur demande. De même, j'autorise **L'Union-Vie** à communiquer aux dits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, je consens également à ce que L'Union-Vie ou ses réassureurs puissent demander un rapport d'enquête à mon sujet.

**Une photocopie du présent consentement à la même valeur que l'original.**

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
**TÉMOIN**

X \_\_\_\_\_  
**SIGNATURE**

**ADRESSE** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_