

SSQ, Société d'assurance-vie inc. | Gestion de l'invalidité et assurance vie
2525, boulevard Laurier | C.P. 10500 | Succursale Sainte-Foy | Québec (Québec) G1V 4H6
418 651-2307 ou 1 888 651-2307 | Télécopieur : 418 651-5569

Tous les honoraires exigés pour remplir la déclaration sont à la charge du patient.

Partie 1 – Renseignements sur la personne assurée et consentement

À REMPLIR PAR LE PATIENT

☐ Homme ☐ Femme Nom de la personne assurée : _____

Nom de famille

Prénom

Date de naissance

Téléphone au domicile (avec indicatif régional)

Cellulaire (avec indicatif régional)

A A A A M M J J

Adresse _____

Rue

Ville

Province

Code postal

Nom de l'employeur

Numéro du contrat

Numéro du certificat de la personne assurée

Dernier jour de travail

Date réelle ou prévue du retour au travail

A A A A M M J J

A A A A M M J J

Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement :

Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence	Indiquez :
1.			Taille : _____
2.			Poids : _____
3.			Main dominante : Gauche ☐ Droite ☐
4.			
5.			

Partie 2 – Déclaration du médecin traitant

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Je suis : le médecin de famille ☐ un spécialiste ☐ autre ☐ (préciser) : _____

1) Diagnostic

Diagnostic principal : _____

Diagnostic secondaire ou complications : _____

S'il s'agit d'une grossesse – Date prévue ou réelle de l'accouchement | A A A A M M J J |

La condition est-elle attribuable :

à une maladie professionnelle ou à un accident du travail?

☐ Oui ☐ Non

à un accident de la route?

☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, précisez la date : | A A A A M M J J |

Dans l'affirmative, précisez la date : | A A A A M M J J |

Avez-vous récemment rempli d'autres demandes de prestations d'invalidité relativement à ce patient? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, qui en a fait la demande?

(autre assureur, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) _____

Date de votre première consultation avec le patient relativement à cette condition

Date du premier jour d'absence du travail en raison de la condition

A A A A M M J J

A A A A M M J J

2) Traitement

Par exemple : programme spécial, thérapeutique, médicaments

Fréquence des consultations : Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Autre ☐ (préciser) _____

Date de la dernière consultation : | A | A | A | A | M | M | J | J | Date de la prochaine consultation : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même condition ou pour une condition semblable? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, précisez la date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Nom du professionnel de la santé : _____

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

Veuillez expliquer : _____

3) Réponse au traitement

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent?

☐ Réponse optimale

☐ Réponse partielle

☐ Aucune réponse

☐ Trop tôt pour se prononcer

Prévoyez-vous modifier le programme de traitement actuel ? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, précisez : _____

4) Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non

Une hospitalisation est-elle prévue? ☐ Oui ☐ Non

Date d'admission

Date de sortie

Nom de l'établissement

1. | A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | _____

2. | A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | _____

3. | A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | _____

Si le patient a subi ou doit subir une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description :

Date

Description

1. | A | A | A | A | M | M | J | J | _____

2. | A | A | A | A | M | M | J | J | _____

3. | A | A | A | A | M | M | J | J | _____

5) Examens

→ Veuillez joindre à la présente une copie de tous les documents pertinents :

- résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué)
- rapports de consultation

Le patient est-il en attente de tests/d'examen/de consultations? ☐ Oui ☐ Non

Date	Description
1. A A A A M M J J	
2. A A A A M M J J	

Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient consultera un spécialiste relativement à la condition. ☐ Oui ☐ Non

Nom du spécialiste	Spécialité	Date
1. _____	_____	A A A A M M J J
2. _____	_____	A A A A M M J J

6) Résultats cliniques et observations

Veuillez décrire les signes et symptômes observés et préciser leur fréquence ainsi que le degré de gravité de chacun d'eux. (L = Léger, M = Moyen, I = Intense)

	L	M	I		L	M	I
_____	☐	☐	☐	_____	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐	_____	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐	_____	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐	_____	☐	☐	☐

Indiquez si les symptômes du patient ont évolué jusqu'à présent. Amélioration ☐ Aucune évolution ☐ Détérioration ☐

Commentaires

7) Restrictions et limitations

À la lumière des résultats cliniques et de vos observations, veuillez décrire les restrictions et limitations cognitives ou physiques actuelles du patient. _____

L'un des permis du patient a-t-il fait l'objet de restrictions ou a-t-il été révoqué? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, quand? | A | A | A | A | M | M | J | J | Type de permis : _____

Avez-vous des inquiétudes quant à la capacité du patient de gérer ses propres affaires? ☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

[illegible]

Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient ou son rétablissement :

Quels sont les objectifs de retour au travail dont vous avez discuté avec le patient? Veuillez préciser : _____

Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours _____ Nb de semaines _____ ☐ Indéterminée ou date de retour au travail

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? Nb de jours _____ Nb de semaines _____

☐ À temps partiel ☐ À temps plein ☐ Retour progressif Précisez: _____

Les renseignements figurant dans le présent formulaire seront versés à un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assureur 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 _____ Date de signature : | A | A | A | A | M | M | J | J |
(en caractères d'imprimerie)

Spécialité du médecin _____ N° permis d'exercer : _____

Adresse : _____

Rue Ville Province Code Postal

Téléphone (avec indicatif régional) : _____ Télécopieur (avec indicatif régional) : _____

Signature : _____