

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT POUR LES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE****COORDONNÉES**Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie  
Réclamations invalidité  
1900 Albert Street  
Regina, SK S4P 4K8

Télécopieur : 1-866-889-9926

Courriel : [disability\\_claims\\_admin@cooperators.ca](mailto:disability_claims_admin@cooperators.ca)**DIRECTIVES****Note importante : Veuillez remplir la déclaration du médecin traitant appropriée, d'après le diagnostic primaire de votre patient. Il existe deux formulaires : un pour les troubles de santé mentale et un pour toutes les autres affections. La présentation du mauvais formulaire pourrait entraîner un retard dans le traitement de la demande de votre patient.**

Les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge du participant.

Les renseignements médicaux doivent être fournis par le médecin traitant.

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT ET AUTORISATION (À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT)**

Groupe \_\_\_\_\_ Compte \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

Participant \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
Prénom Initialle Nom de familleDate de naissance \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Si vous désirez que Co-operators communique avec vous par courriel concernant cette demande de règlement, veuillez indiquer votre courriel

Vous reconnaissez que les données transmises via Internet peuvent être interceptées et vous assumez les risques associés à cette méthode de transmission. Si vous ne souhaitez plus communiquer avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie par courriel, veuillez nous en informer par écrit à [disability\\_claims\\_admin@cooperators.ca](mailto:disability_claims_admin@cooperators.ca).

Nom de l'employeur/du promoteur de régime \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise mon médecin à divulguer tout renseignement médical à l'appui de ma demande de prestations d'invalidité à l'administrateur du régime, à l'organisme de règlement et à mon assureur. Je comprends qu'il m'incombe de me procurer le présent formulaire et de payer les frais exigés par mon médecin pour le remplir. Les renseignements médicaux et les renseignements sur la santé excluent les résultats des tests génétiques.

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)****Joindre une copie de vos notes de consultation, des résultats des tests effectués et des rapports de consultation.****DIAGNOSTIC**

Primaire \_\_\_\_\_

Secondaire \_\_\_\_\_

Ce diagnostic a-t-il été communiqué à votre patient?  Oui  NonCette affection est-elle liée à :  un accident de travail ou maladie professionnelle  un accident de la route  un acte criminelSi oui, date de l'événement \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

Précisions \_\_\_\_\_

Date de la première consultation pour l'affection actuelle \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAADepuis la première consultation, à quelle fréquence voyez-vous ce patient?  Chaque semaine  Aux deux semaines  Chaque moisDate de la dernière consultation \_\_\_\_\_ Date de la prochaine consultation \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAAVotre patient a-t-il déjà présenté la même affection ou une affection similaire?  Oui  Non

Précisions \_\_\_\_\_

Date de l'arrêt de travail en raison de l'affection actuelle \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAAL'affection est-elle considérée comme chronique?  Oui  Non Si oui, quelle est la cause de l'arrêt de travail? \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)**

**SYMPTÔMES**

Décrire les symptômes actuels de votre patient (y compris leur fréquence et la durée) qui soutiennent le diagnostic posé selon les critères du DSM-5.

| Symptôme | Fréquence | Gravité (faible/moyenne/aiguë) |
|----------|-----------|--------------------------------|
|          |           |                                |
|          |           |                                |
|          |           |                                |
|          |           |                                |
|          |           |                                |

Résultats des tests de dépistage (p. ex. MMPI-2, PHQ-9, GAD-7, etc.) \_\_\_\_\_

Comment les symptômes de votre patient ont-ils évolué jusqu'à présent?  Amélioration  Aucun changement  Dégradation

**TRAITEMENT**

Indiquer les dates d'hospitalisation : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'établissement \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'établissement \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

**MÉDICATION**

| Nom du médicament | Posologie initiale et date de début | Posologie actuelle et date de la modification, selon le cas | Réponse |
|-------------------|-------------------------------------|---|---------|
|                   |                                     |   |         |
|                   |                                     |   |         |
|                   |                                     |   |         |
|                   |                                     |   |         |

**THÉRAPIE**

| Type de thérapie | Fournisseur de soins | Spécialité | Date de début | Fréquence des consultations | Prochain rendez-vous | Réponse |
|------------------|----------------------|------------|---------------|-----------------------------|----------------------|---------|
|                  |                      |            |               |                             |                      |         |
|                  |                      |            |               |                             |                      |         |
|                  |                      |            |               |                             |                      |         |

**SPÉCIALISTE(S)**

Si vous n'êtes pas le spécialiste traitant, votre patient est-il actuellement suivi par un spécialiste?  Oui  Non

| Nom du spécialiste | Spécialité | Date des consultations |
|--------------------|------------|------------------------|
|                    |            |                        |
|                    |            |                        |
|                    |            |                        |

**BLESSURES OU MALADIES PHYSIQUES PARALLÈLES ET INFORMATION SUR LE TRAITEMENT**

| Affection | Traitement | Nom du fournisseur | Résultats/Réponse | Durée prévue du traitement | Prochain rendez-vous |
|-----------|------------|--------------------|-------------------|----------------------------|----------------------|
|           |            |                    |                   |                            |                      |
|           |            |                    |                   |                            |                      |
|           |            |                    |                   |                            |                      |

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

### OBSERVATIONS ET CONSTATATIONS CLINIQUES

Connaissez-vous les tâches à accomplir par le patient dans le cadre de sa profession?  Oui  Non

Décrire comment l'affection touche votre patient et à quel degré :

|  | Aucune incidence         | Léger                    | Modéré                   | Grave                    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Apparence (soins personnels)                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parole   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ouverture aux autres et clarté de la communication | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Compréhension des questions ou directives          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Concentration ou attention                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Affect ou humeur                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Introspection ou jugement                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mémoire  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise de décisions                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autocritique                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sommeil  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Énergie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Appétit ou poids                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entretien ménager                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Loisirs  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soins donnés aux proches (p. ex. enfants)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Préciser comment l'affection de votre patient affecte sa capacité à fonctionner \_\_\_\_\_

### ÉLÉMENTS AGGRAVANTS

Indiquer tous les éléments qui pourraient avoir contribué aux problèmes cliniques et qui pourraient compliquer la période de rétablissement de votre patient :

- Consommation d'alcool ou de drogue   
 Problèmes liés au milieu de travail   
 Problèmes familiaux/sociaux   
 Effets secondaires de la médication  
 Problèmes financiers/juridiques   
 Perception de la douleur   
 Automutilation   
 Capacité d'adaptation  
 Condition physique   
 Personnalité/Motivation

Préciser \_\_\_\_\_

Décrire le soutien en place, ou le soutien prévu, pour aider à alléger ces problématiques \_\_\_\_\_

Votre patient a-t-il eu l'un de ses permis restreint ou révoqué en raison de son affection médicale?  Oui  Non

Si oui, quand? \_\_\_\_\_ Type de permis? \_\_\_\_\_

JJ/MMM/AAAA

### PRONOSTIC ET RÉTABLISSEMENT

Co-operators favorise l'aide à la réadaptation et les accommodements en milieu de travail (fonctions modifiées ou à temps partiel) pour permettre à l'employé de retourner au travail dès que possible sur le plan médical. Nous évaluerons le potentiel de réadaptation de votre patient d'après l'information fournie.

Pronostic de rétablissement (avec mention des échéanciers) \_\_\_\_\_

Quels sont les objectifs de retour au travail qui ont été discutés avec votre patient? \_\_\_\_\_

Dans quelles circonstances votre patient pourrait-il reprendre le travail? (p. ex. fonctions modifiées, retour au travail progressif, autre employeur, etc.)

## CONFIRMATION ET AUTORISATION DU MÉDECIN

Je reconnais que l'assureur conservera les renseignements compris dans le présent formulaire dans le dossier d'invalidité du patient. Il est entendu que le patient ou toute autre personne autorisée pourraient y avoir accès. Je consens à la divulgation des renseignements tels qu'ils figurent dans le présent formulaire, et ce, selon les conditions précitées. Les renseignements médicaux et les renseignements sur la santé excluent les résultats des tests génétiques.

Médecin traitant \_\_\_\_\_

Spécialité autorisée \_\_\_\_\_ Médecin de famille  Oui  Non

Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue Ville Province Code postal

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Timbre du médecin

Si vous désirez que Co-operators communique avec vous par courriel concernant cette demande de prestations d'invalidité, veuillez indiquer votre courriel

Vous reconnaissez que les données transmises via Internet peuvent être interceptées et vous assumez les risques associés à cette méthode de transmission. Si vous ne souhaitez plus communiquer avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie par courriel, veuillez nous en informer par écrit à l'adresse [disability\\_claims\\_admin@cooperators.ca](mailto:disability_claims_admin@cooperators.ca).

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

JJ/MMM/AAAA

## CONFIDENTIALITÉ

### Déclaration de confidentialité de Co-operators

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous souscrivez une assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et communiquer vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quels renseignements nous avons besoin, ce que nous en ferons et à qui nous les communiquerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et communiquer vos renseignements personnels aux fins suivantes : confirmer votre identité; étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous; évaluer votre proposition d'assurance; établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des demandes de règlement; administrer vos placements; remplir nos obligations contractuelles et réglementaires; détecter et prévenir la fraude; et procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne communiquons vos renseignements personnels à aucune autre fin, à moins d'avoir obtenu votre consentement ou d'en avoir l'obligation ou l'autorisation légale.

Nous pouvons vous renseigner sur des produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelles informations vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement en tout temps. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels contenus dans votre dossier et, au besoin, les faire corriger en nous le demandant par écrit.

Nous avons restreint l'accès à vos renseignements personnels à nos employés et employées et à d'autres personnes qui doivent les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Peuvent être concernés nos fournisseurs de services externes susceptibles d'utiliser vos renseignements personnels à des fins de traitement, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, à des gouvernements ou à des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous veillons à inclure des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée dans tous les contrats que nous concluons avec des fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique révisée de protection des renseignements personnels à [www.cooperators.ca/vie-privee](http://www.cooperators.ca/vie-privee). Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et la communication de vos renseignements personnels, communiquez avec le Bureau de la protection de la vie privée de Co-operators par téléphone au 1-888-887-7773 ou par courriel à [privacy@cooperators.ca](mailto:privacy@cooperators.ca).