



RAEO
Règlements d'assurance vie et invalidité collective
125, promenade Northfield Ouest
Waterloo, ON N2L 6K4
Tél. : 1 800 267-6847
Télé. : 1 877 205-6847 | raeo.com

Déclaration du médecin traitant – Invalidité

Ce formulaire doit être dûment rempli en fonction de l'examen direct effectué par le prestataire de soin et appuyé par les preuves cliniques. Aucune section du formulaire (sauf l'autorisation et la section de renseignements sur le membre) ne doit être remplie par le membre. Les renseignements nous permettront de mieux comprendre l'état du patient ou de la patiente, son traitement, son pronostic et son potentiel de rétablissement. **Veillez écrire en lettres moulées claires et lisibles et conserver une copie de ce formulaire pour vos dossiers.**

Veillez mettre en pièce jointe tous les documents médicaux non expurgés, datés du dernier jour de travail jusqu'à aujourd'hui :

- Résultats de test/d'enquêtes
- Rapports de consultation/évaluations de spécialistes/recommandations
- Notes cliniques

Remarque : les documents susmentionnés sont requis afin de nous permettre de traiter la demande de votre patient ou patiente. Il revient au patient ou à la patiente de payer tous les frais exigés pour remplir ce formulaire, y compris le coût des copies de dossiers médicaux, résultats de tests, etc.

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE ET AUTORISATION (à remplir par le patient ou la patiente)

Nom (nom de famille, prénom et initiale du deuxième prénom)		Pronom préféré	
Adresse (numéro, rue et app.)			
Ville	Province	Code Postal	
Numéro de téléphone	Autre numéro de téléphone	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	
Employeur/conseil scolaire			
Taille pi/po	Poids lbs/kg	Date du dernier jour de travail (jj/mm/aaaa)	Date prévue pour le retour au travail/ date de retour au travail (jj/mm/aaaa)

CONVENTION, ATTESTATION ET AUTORISATION DU PATIENT OU DE LA PATIENTE

J'autorise par la présente tout.e médecin, praticien.ne ou professionnel.le de la santé autorisé qui m'a observé pour établir un diagnostic ou prescrire un traitement, tout hôpital, toute clinique ou n'importe quel autre établissement médical où j'ai été un.e patient.e, à communiquer aux administrateurs du Régime d'assurance des enseignantes et des enseignants de l'Ontario et OTIP/RAEO Benefits Incorporated (le « RAEO ») tous les renseignements médicaux dans mon dossier, y compris, sans s'y limiter, des copies des rapports de consultation, des notes cliniques, des résultats de tests, des examens médicaux indépendants, des dossiers d'hospitalisation et de traitement, aux fins de la gestion du régime d'assurance, à des fins de vérification et pour l'étude et la gestion de ma demande.

J'autorise le RAEO à recueillir, utiliser et divulguer les renseignements nécessaires à l'évaluation de ma demande auprès de toute personne physique ou morale susmentionnée qui détient des renseignements relatifs à ma demande. Je conviens que la présente autorisation est valide pour la période touchée par ma demande de prestations. Je donne à une photocopie ou à une version électronique de cette autorisation la même valeur que l'original.

Il est entendu que j'assume tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire.

Signature (patient.e) : _____ Date (jj/mm/aaaa) _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – INVALIDITÉ (SUITE)

Diagnostic actuel

Ce formulaire doit être rempli en fonction de l'examen direct effectué par le prestataire de soin et appuyé par les preuves cliniques. (à remplir par le ou la médecin)

Primaire :

Secondaire :

Si accouchement — la date prévue ou réelle de l'accouchement : (jj/mm/aaaa) _____

Le problème de santé est-il lié à : Une maladie/blessure professionnelle Un accident de voiture

Si oui, indiquez la date de l'incident : (jj/mm/aaaa) _____

Détails :

Date du premier rendez-vous pour le problème de santé : (jj/mm/aaaa) _____

Date de la première absence du travail liée à ce problème de santé : (jj/mm/aaaa) _____

La personne a-t-elle déjà été traitée pour ce problème de santé ou un problème de santé semblable par le passé? Oui Non

Si oui, indiquez la date : (jj/mm/aaaa) _____ Par qui :

Avez-vous rempli, récemment, un autre formulaire lié à une demande de prestations d'invalidité pour cette personne? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le demandeur (autre assureur, RPC, RRQ, Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail — CSPAAT, etc.) :

Description des symptômes

Symptômes	Fréquence	Niveau de gravité

Les symptômes sont-ils : Autodéclarés ou Observés et signalés par le ou la médecin

Comment les symptômes du patient ou de la patiente ont-ils évolué jusqu'à maintenant ?

Ils se sont améliorés ou Il n'y a eu aucun changement

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – INVALIDITÉ (SUITE)

Facteurs aggravants

(cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

Veillez indiquer tous les facteurs qui pourraient avoir contribué au tableau clinique et pourraient compliquer le rétablissement du patient ou de la patiente :

- | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcool/Drogue | <input type="checkbox"/> Effets secondaires de médicaments | <input type="checkbox"/> Problème physique | |
| <input type="checkbox"/> Capacité d'adaptation | <input type="checkbox"/> Perception de la douleur | <input type="checkbox"/> Social/Familial | |
| <input type="checkbox"/> Financier/Légal | <input type="checkbox"/> Personnalité/Motivation | <input type="checkbox"/> Milieu de travail | <input type="checkbox"/> Autre |

Donnez plus de détails :

Si le milieu de travail est un facteur, veuillez indiquer si le patient ou la patiente peut retourner au travail dans un environnement différent ou faire un retour graduel au travail.

- Oui Non

Si oui, veuillez fournir plus de détails :

Enquêtes médicales

Veillez mettre en pièce jointe tous les documents médicaux non expurgés, datés du dernier jour de travail jusqu'à aujourd'hui :

- Résultats de test/d'enquêtes
- Rapports de consultation/évaluations de spécialistes/recommandations
- Notes cliniques

Remarque : les documents susmentionnés sont requis afin de nous permettre de traiter la demande de votre patient ou patiente. Il revient au patient ou à la patiente de payer tous les frais exigés pour remplir ce formulaire, y compris le coût des copies de dossiers médicaux, résultats de tests, etc.

Des tests/enquêtes médicales/consultations sont-ils en cours? Oui Non

Date prévue pour la réception du rapport : (jj/mm/aaaa) _____

Le patient a-t-il ou la patiente a-t-elle bientôt un rendez-vous avec un.e spécialiste? Oui Non

Nom du ou de la spécialiste	Spécialisation	Date du rendez-vous (jj/mm/aaaa)
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____

Raison de la consultation :

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – INVALIDITÉ (SUITE)

Médicaments (ajoutez une feuille en pièce jointe si vous n'avez pas suffisamment d'espace)

Nom du médicament	Posologie initiale et date de début (jj/mm/aaaa)	Posologie actuelle et date d'entrée en vigueur (le cas échéant) (jj/mm/aaaa)	Fréquence	Réponse

Hospitalisation

Est-ce que le patient ou la patiente est à l'hôpital/l'a été? Oui Non

Est-ce que l'hospitalisation est possible dans le futur? Oui Non

Date d'admission (jj/mm/aaaa)

Date de sortie (jj/mm/aaaa)

Nom de l'hôpital

1. _____ 1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____ 2. _____

Si une chirurgie a eu/aura lieu, veuillez la décrire et en indiquer la date :

Date (jj/mm/aaaa)

Description

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

Description du traitement (p. ex., TCC, désintoxication, thérapie de groupe ou de couple, programme de jour à l'hôpital, physiothérapie, etc.) (ajoutez une feuille en pièce jointe si vous n'avez pas suffisamment d'espace)

Type de thérapie	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date de début du traitement (jj/mm/aaaa)	Fréquence des rendez-vous	Date du dernier rendez-vous (jj/mm/aaaa)	Progrès

Réaction générale au traitement

Veuillez décrire la réaction au traitement, jusqu'à maintenant : Rétablissement Amélioration Aucun changement

Est-ce que le patient ou la patiente se conforme au traitement recommandé? Oui Non

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – INVALIDITÉ (SUITE)

Veillez préciser :

Prévoit-on modifier le traitement actuel? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer comment :

Restrictions

Veillez mettre en pièce jointe tous les documents médicaux non expurgés, datés du dernier jour de travail jusqu'à aujourd'hui :

- Résultats de test/d'enquêtes
- Rapports de consultation/évaluations de spécialistes/recommandations
- Notes cliniques

Remarque : les documents susmentionnés sont requis afin de nous permettre de traiter la demande de votre patient ou patiente. Il revient au patient ou à la patiente de payer tous les frais exigés pour remplir ce formulaire, y compris le coût des copies de dossiers médicaux, résultats de tests, etc.

Déficience physique (cochez les éléments pertinents)

<input type="checkbox"/> Aucune limitation à la capacité fonctionnelle (0 à 15 %)
<input type="checkbox"/> Légère limitation à la capacité fonctionnelle (16 à 30 %)
<input type="checkbox"/> Limitation modérée à la capacité fonctionnelle (31 à 55 %)
<input type="checkbox"/> Limitation considérable (56 à 70 %)
<input type="checkbox"/> Limitation grave à la capacité fonctionnelle (71 à 100 %)

Veillez décrire l'état de mobilité du patient ou de la patiente (cochez les éléments pertinents)

<input type="checkbox"/> Ambulatoire	<input type="checkbox"/> Utilise des béquilles ou une canne	<input type="checkbox"/> Utilise un fauteuil roulant
<input type="checkbox"/> Confiné.e à la maison	<input type="checkbox"/> Confiné.e à un lit	<input type="checkbox"/> Confiné.e à un hôpital

Déficience cognitive/psychologique (cochez les éléments pertinents)

<input type="checkbox"/> Capable de fonctionner dans des situations de stress et de s'engager dans des relations interpersonnelles (aucune limitation)
<input type="checkbox"/> Capable de fonctionner dans la plupart des situations de stress et d'entretenir la plupart des relations interpersonnelles (légères limitations)
<input type="checkbox"/> Capable de s'engager dans des situations de stress limité et de s'engager dans des relations interpersonnelles limité (limitations modérées)
<input type="checkbox"/> Incapable de s'engager dans des situations de stress ou dans des relations interpersonnelles (limitations marquées)
<input type="checkbox"/> A subi une perte d'adaptation psychologique, physiologique, personnelle et sociale (limitations sévères)

Si le patient ou la patiente souffre d'un trouble cognitif/psychologique, a-t-il/elle été orienté.e vers un.e spécialiste (en psychologie/en psychiatrie)? Oui Non

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – INVALIDITÉ (SUITE)

Si oui, à qui (joindre le rapport) : _____

Connaissez-vous les exigences fonctionnelles de l'emploi du patient ou de la patiente, son emploi du temps, son environnement de travail, etc ? Oui Non J'en ai plus ou moins connaissance

Quelles sont les limitations et les restrictions du patient ou de la patiente dans le cadre de son rôle précis ?

Limitations (ce qu'il ou elle NE PEUT PAS faire)	Restrictions (ce qu'il ou elle NE DOIT PAS faire)

Quelles sont, le cas échéant, les améliorations nécessaires pour que votre patient.e puisse envisager une reprise du travail sous une forme modifiée ou complète ?

Selon les fonctions de votre patient.e, que peut-il ou elle encore faire ?

Quelles sont les limitations et les restrictions liées à ses activités de la vie quotidienne

Limitations (ce qu'il ou elle NE PEUT PAS faire)	Restrictions (ce qu'il ou elle NE DOIT PAS faire)

Est-ce que votre patient.e s'est vu.e révoquer ou limiter un permis en raison de ce problème de santé ? Oui Non

Si oui, quel type de permis et à partir de quelle date ? (jj/mm/aaaa) _____

Avez-vous des inquiétudes quant à la capacité de votre patient.e de gérer ses propres affaires ? Oui Non

Retour au travail/Prognostic et rétablissement (le RAEO encourage l'aide à la réadaptation, le travail modifié ou les travaux légers afin de permettre le retour au travail dès que cela est médicalement possible)

À quel moment un retour au travail à temps plein, à temps partiel ou selon un horaire modifié est-il envisagé ? (jj/mm/aaaa) _____

Quels sont les facteurs qui constituent un obstacle au processus de retour au travail ?

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – INVALIDITÉ (SUITE)

L'absence au travail de votre patient.e est-elle d'une durée raisonnable et prévisible pour l'affection ou les affections diagnostiquées ? Sinon, veuillez expliquer pourquoi.

Veuillez indiquer le pronostic de votre patient.e : Bon Faible Réservé

Fournir tout autre renseignement qui nous aidera à comprendre le problème de santé actuel de votre patient.e, ses objectifs de rétablissement et son pronostic :

AUTORISATION DU MÉDECIN OU DE LA MÉDECIN TRAITANT.E

J'atteste que les renseignements contenus dans le présent formulaire, et toute déclaration orale ou écrite que je fournirai à l'avenir à l'égard de cette demande de règlement sont à ma connaissance véridiques et complets. Je comprends que les renseignements contenus dans le présent formulaire seront conservés dans un dossier d'assurance concernant cette demande auquel peuvent avoir accès des tiers qui ont été autorisés à y accéder. Je reconnais et j'accepte qu'en signant ce document, je consente à la divulgation sans épurement des renseignements qu'il contient aux administrateurs du Régime d'assurance des enseignantes et des enseignants de l'Ontario et à OTIP/RAEO Benefits Incorporated (« RAEO »).

Nom (nom de famille, prénom et initiale du deuxième prénom)	Sceau du médecin ou de la médecin	
Adresse (numéro, rue et app.)		
Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	Spécialisation
Signature (du ou de la médecin traitant.e) :	Date (jj/mm/aaaa)	