

CONFIDENTIALITÉ : Ce document est destiné uniquement à la personne ou à l'entité à qui il est adressé. L'information apparaissant dans ce document est de nature légalement privilégiée et confidentielle. Si vous n'êtes pas le destinataire visé ou la personne chargée de le remettre à son destinataire, vous êtes, par la présente, avisé que toute lecture, usage, copie ou communication du contenu de ce document est strictement interdit. De plus, vous êtes prié de communiquer avec l'expéditeur sans délai ou d'écrire à confidentialite@bnc.ca et de détruire ce document immédiatement.

CONFIDENTIALITY: This document is intended solely for the individual or entity to whom it is addressed. The information contained in this document is legally privileged and confidential. If you are not the intended recipient or the person responsible for delivering it to the intended recipient, you are hereby advised that you are strictly prohibited from reading, using, copying or disseminating the contents of this document. Please inform the sender immediately or write to confidentiality@bnc.ca and delete this document immediately.

Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire spécifique (f.29550-501).

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Prénom _____ Nom _____ Date de naissance (AAAA MM JJ) _____ Sexe : H F

DÉCLARATION DU MÉDECIN

Afin que nous puissions évaluer judicieusement la demande de la personne assurée, veuillez répondre à toutes les questions en donnant le plus de précisions possible.

A. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Êtes-vous le médecin de famille ? Non Oui
a) Dans l'affirmative, depuis quand (AAAA MM JJ) : _____
b) Dans la négative, nom et coordonnées du médecin de famille : _____

2. Au meilleur de votre connaissance, le patient fait-il **présentement** usage de tabac ou de marijuana ou encore de produits de remplacement de la nicotine sous quelque forme que ce soit ? Non Oui Ne sais pas

Dans l'affirmative :

- a) Veuillez indiquer le type de produit et la quantité consommée par jour : _____
b) Depuis quelle date le patient fait-il usage de ce produit de façon continue (AAAA MM JJ) ? _____
c) Au meilleur de votre connaissance, y a-t-il des périodes où le patient a cessé d'utiliser ces produits (de quand à quand) ? _____

Dans la négative :

- d) Au meilleur de votre connaissance, le patient a-t-il **déjà fait** usage de tabac ou de marijuana ou encore de produits de remplacement de la nicotine sous quelque forme que ce soit ? Non Oui Ne sais pas
e) Si oui, veuillez préciser la (les) période(s) à laquelle (auxquelles) il en a fait usage (de quand à quand) : _____

- f) Veuillez indiquer le type de produit et la quantité consommée par jour : _____
g) Date à laquelle le patient a cessé d'en faire usage (AAAA MM JJ) : _____

3. Au meilleur de votre connaissance, au cours des trois (3) dernières années, le patient a-t-il fait usage de stupéfiants ou de médicaments pour lesquels il n'a pas d'ordonnance ? Non Oui Ne sais pas
4. Au meilleur de votre connaissance, au cours des trois (3) dernières années, le patient a-t-il subi un traitement ou joint un organisme en raison de sa consommation d'alcool ou un professionnel de la santé lui a-t-il conseillé de réduire sa consommation d'alcool ? Non Oui Ne sais pas

B. DIAGNOSTIC

5. Diagnostic principal : _____
6. Diagnostic secondaire : _____
7. Y a-t-il des complications qui sont susceptibles de prolonger la période d'invalidité ? Non Oui
a) Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____

8. Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection semblable ? Non Oui

a) Dans l'affirmative, veuillez indiquer à quel moment (AAAA MM JJ) et décrire en détail l'affection en cause et les traitements reçus :

9. L'incapacité est-elle reliée à : Une maladie

Une grossesse Un retrait préventif Date prévue de l'accouchement (AAAA MM JJ) : _____

Un accident / accident de travail Date de l'évènement (AAAA MM JJ) : _____

Lieu de l'accident : _____

10. Le patient a-t-il eu ou aura-t-il une radiographie, une IRM ou d'autres tests ? Non Oui

a) Précisez les dates :

11. Veuillez énumérer les symptômes du patient (y compris la gravité et la fréquence) et préciser lesquels vous avez personnellement constatés :

12. À quelle date ses symptômes sont-ils apparus (AAAA MM JJ) ? _____

13. Quelles sont les limitations actuelles du patient que vous avez constatées (**choses qu'il ne peut pas faire**) ?

14. Quelles sont les restrictions actuelles avec lesquelles le patient doit composer (**choses qu'il ne devrait pas faire**) ?

C. TRAITEMENT

15. Médicaments, posologie et date de l'ordonnance :

16. Le patient a-t-il subi ou subira-t-il une intervention chirurgicale ? Non Oui

a) Dans l'affirmative, veuillez préciser la nature de l'intervention et la date (AAAA MM JJ) : _____

17. Le patient a-t-il été hospitalisé pour cette condition ? Non Oui

Précisez :

18. Autres traitements (physiothérapie, ergothérapie, massothérapie, chimiothérapie, etc.) :

19. Le patient suit-il le plan de traitement recommandé ? Non Oui

a) Dans la négative, veuillez préciser :

D. SUIVI ET PRONOSTIC

20. Date à laquelle le patient a cessé de travailler en raison de sa maladie ou de sa blessure (AAAA MM JJ) : _____

21. Le patient vous a-t-il consulté à cette date ? Non Oui

a) Dans la négative, nom et coordonnées du médecin que le patient a consulté à la date de son arrêt de travail :

b) À quelle date vous a-t-il consulté pour la première fois (AAAA MM JJ) ? _____

22. Dates des consultations à ce jour : _____
 a) Fréquence des consultations : _____ Prochaine consultation : _____
23. Le patient a-t-il été orienté vers un autre médecin ? Non Oui
 a) Nom du médecin et spécialité : _____
 b) Dans la négative, veuillez préciser les raisons : _____

24. Si vous prévoyez que l'absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic : _____

25. Durée approximative de l'incapacité : _____ OU _____ OU _____
 Nombre de semaines Nombre de mois Date prévue du retour au travail (AAAA MM JJ)

E. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

26. Au cours des cinq (5) dernières années, le patient a-t-il consulté ou été traité par un professionnel de la santé, subi un examen médical ou un suivi médical, souffert ou été diagnostiqué, pour l'un ou l'autre des problèmes de santé suivants: troubles cardiaques ou des vaisseaux sanguins, troubles sanguins incluant cholestérol, troubles de la tension artérielle, tumeurs ou cancer, dystrophie musculaire, sclérose en plaques, SIDA, VIH ou toute autre maladie ou désordre immunologique, douleurs à la poitrine ou angine, troubles pulmonaires ou respiratoires, troubles digestifs, troubles du foie, troubles de l'intestin, troubles des reins, troubles du système urinaire, troubles des organes génitaux, troubles du système nerveux, diabète, fibromyalgie ou fatigue chronique, problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale, troubles musculaires, des articulations ou des os, ou troubles psychologiques ou psychiatriques. Non Oui Ne sais pas

| Maladies | Dates (AAAA MM JJ) | Résultats / Traitements | Périodes d'hospitalisation | Quand le patient a-t-il été informé de sa maladie ? |
|----------|-----------------------|-------------------------|----------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Commentaires additionnels : _____

DOCUMENTS REQUIS

Veuillez nous faire parvenir une copie de tous les examens (résultats de laboratoires, rapports pathologiques, radiographies, examens nucléaires) et rapports de consultation (les vôtres et ceux des médecins spécialistes) ainsi que tout autre document relié à la demande d'invalidité.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

27. _____
 Prénom et nom
28. _____ Omnipraticien Spécialiste, précisez : _____
 N° de permis d'exercer
29. _____
 Adresse (n° civique, rue, ville, province, code postal)
- _____ N° de téléphone _____ N° de télécopieur
- _____ Date (AAAA MM JJ) _____ Signature

NOTE : Les frais pour remplir cette demande sont assumés par la personne assurée.