



- PRESTATIONS D'INVALIDITÉ LONGUE DURÉE (ILD)  
 CONTINUATION DES AVANTAGES SOCIAUX DURANT L'INVALIDITÉ  
 (EXEMPTION DE COTISATIONS)

Note : Le masculin comprend le féminin.

Instructions:

1. Prière d'écrire en caractères d'imprimerie.
2. Le patient remplit la partie 1.
3. Le médecin remplit la partie 2.

À noter :

Il incombe au patient de faire remplir cette déclaration et de payer les frais exigés, s'il y a lieu.

PARTIE 1 - AUTORISATION DU PATIENT

Nom: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_  
 (prénom) (nom de famille)

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ N° de tél. : \_\_\_\_\_

Par les présentes, j'autorise le médecin traitant (ou consultant), ou l'établissement ou le professionnel de soins de santé, à transmettre au responsable du règlement des demandes ou au porteur de police tous les renseignements nécessaires au sujet de cette demande de prestations. Je sais que je dois régler les frais exigés, s'il y a lieu, pour faire remplir la présente déclaration.

Signature: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

PARTIE 2 - DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

1. Diagnostic

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_ /Symptômes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_ /Symptômes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres facteurs contributifs ou complications : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Antécédents

Date des premiers symptômes  
ou de l'accident : 

J	M	A

Date de la première visite  
pour la condition actuelle : 

J	M	A

Date d'arrêt du travail à cause  
de la maladie ou la blessure: 

J	M	A

S'agit-il d'une maladie /  
blessure liée au travail?  Oui  Non  Ne sais pas

Est-ce que le patient a déjà souffert d'une condition semblable ou comparable?  Oui  Non Si oui, veuillez

indiquer la date et fournir des renseignements : \_\_\_\_\_

Existe-t-il des antécédents médicaux connexes? - Veuillez expliquer et donner les dates approximatives. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si la condition découle de la grossesse, indiquez la date ou la date prévue de l'accouchement: 

J	M	A

3. Symptômes cliniques et examens

Date du dernier examen du patient : 

J	M	A

Grandeur : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Pression sanguine : \_\_\_\_\_ Pouls : \_\_\_\_\_

Cardiaque : \_\_\_\_\_  Catégorie 1 aucune restriction  Catégorie 2 restriction légère  Catégorie 3 restriction prononcée  Catégorie 4 restriction complète (s'il y a lieu)

➔ **VEUILLEZ JOINDRE TOUTES COPIES RÉCENTES DES RELEVÉS DE RADIOGRAPHIE, DES ÉLECTROCARDIOGRAMMES, DES ANALYSES DE LABORATOIRE, DES RAPPORTS DE CONSULTATION, DES FEUILLES MÉDICO-ADMINISTRATIVES, NOTES CLINIQUES ET AUTRES.**

Avez-vous prévu d'autres examens?  Oui  Non Si oui, veuillez indiquer les dates et le genre d'examen \_\_\_\_\_

Est-ce que le patient reçoit ou recevra des traitements d'autre(s) médecin(s) ou spécialiste(s)?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom et spécialisation du médecin	Date de la dernière et de la prochaine visite du patient

#### 4. Impression générale

(Décrire apparence, développement, alimentation, posture, démarche, détresse, vigilance mentale, âge apparent, et autres.)

5. Traitement: Fréquence des visites du patient : \_\_\_\_\_ Date de la dernière visite :

J	M	A

Est-ce que le patient prend des médicaments?  Oui  Non Si oui, veuillez fournir les détails ci-dessous.

Médicaments actuels	Posologie

Est-ce que le patient a subi ou subira une intervention chirurgicale?  Oui  Non Si oui, veuillez fournir les détails ci-dessous.

Nature de l'intervention chirurgicale	Date de l'intervention ou date prévue

Est-ce que le patient a été ou sera hospitalisé?  Oui  Non Si oui, veuillez fournir les détails ci-dessous.

Date d'admission	Date de congé	Établissement	Raison

Est-ce que le patient suit des traitements?  Oui  Non Si oui, veuillez fournir les détails ci-dessous.

Nature (physiothérapie, psychothérapie, chiropractie)	Nom du praticien

Est-ce que le patient suit ou doit suivre des traitements pour la consommation de substances intoxicantes?  Oui  Non

Est-ce que le patient suit ou suivra d'autres traitements? (Veuillez préciser en indiquant les dates.) \_\_\_\_\_

Veillez décrire brièvement la réaction du patient au traitement : \_\_\_\_\_

Est-ce que le patient suit les traitements recommandés?  Oui  Non (Veillez préciser.) \_\_\_\_\_

6. Capacité fonctionnelle - Si la condition est de nature psychiatrique, veuillez fournir un inventaire clinique multiaxial, s'il est disponible.

Le patient est :  en état de sortir  retenu à la maison  alité  hospitalisé

Veillez cocher la case ci-dessous qui décrit le mieux la capacité fonctionnelle du patient :

- Aucune restriction de la capacité fonctionnelle; peut faire tout travail normal.
- Restriction minimale de la capacité fonctionnelle; peut faire des travaux modérés.
- Restriction moyenne de la capacité fonctionnelle; peut faire des travaux légers.
- Grave restriction de la capacité fonctionnelle; incapable du moindre effort.

Veillez fournir les détails au sujet des limites / restrictions de la capacité fonctionnelle et donner des exemples de ce que le patient est capable d'accomplir : \_\_\_\_\_

#### 7. Pronostic et facteurs de rétablissement

Pronostic et date de rétablissement : \_\_\_\_\_

Le rétablissement dépend-il d'autres facteurs? Veuillez expliquer. \_\_\_\_\_

Veillez indiquer les facteurs à prendre en considération dans l'établissement d'un plan de retour au travail : \_\_\_\_\_

#### 8. Observations

Veillez fournir d'autres renseignements ou détails qui pourraient être utiles. \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_  
(Caractères d'imprimerie s.v.p.)

Adresse : \_\_\_\_\_ N° de téléphone ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° de télécopieur ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Remplir et retourner : Société des services de retraite Vestcor (SSRV)

C.P. 6000, Fredericton, (N-B) E3B 5H1

Téléphone : (506) 453-2296

Sans frais au Canada: 1-800-561-4012

Télécopieur : (506) 457-7388