

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITÉ

- RÉGIME DE PENSION DES ENSEIGNANTS DU N.-B.
 LOI SUR LA COUR PROVINCIALE
 LOI SUR LA PENSION DES JUGES DE LA COUR PROVINCIALE

(02/2024)

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 reliée 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 : **Croix Bleue Medavie, Services de gestion de cas**
644, rue Main, C.P. 220, Moncton, N.-B. E1C 8L3
Téléphone : (506) 867-4305 Sans frais au Canada: 1-877-347-5055