

- PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD)  
 MAINTIEN DES GARANTIES PENDANT L'INVALIDITÉ  
 (EXONÉRATION DES PRIMES)

**DIRECTIVES :**

1. Veuillez écrire en caractères d'imprimerie
2. La partie I du formulaire doit être remplie par le patient
3. Le reste du formulaire doit être rempli par le médecin
4. Les frais associés à l'obtention des renseignements figurant sur ce formulaire sont à la charge du patient

**\*\*\*\*VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE TOUTES LES NOTES CLINIQUES ET DE TOUS LES RÉSULTATS D'ANALYSE, RAPPORTS DE CONSULTATIONS ET SOMMAIRES DU CONGÉ DE L'HÔPITAL\*\*\*\***

**PARTIE I : AUTORISATION DU PATIENT (permettant à votre médecin de remplir et de soumettre le présent formulaire)**

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Initiales

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise la divulgation de tout renseignement demandé par mon assureur ou ses agents.

Signature : \_\_\_\_\_ Date (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

**PARTIE II : HISTORIQUE DU(DES) TROUBLE(S) DE SANTÉ ACTUEL(S)**

1. Si le trouble de santé est lié à une grossesse, veuillez indiquer la date d'accouchement ou la date prévue d'accouchement (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_ (joindre les notes cliniques prénatales)
2. Le trouble de santé est-il lié à une blessure ou à une maladie découlant de l'emploi du patient?  Oui  Non  Ne sais pas  
 Les formulaires de Travail sécuritaire NB ont-ils été remplis?  Oui  Non  Ne sais pas  
 Échelle : DSM (\_\_\_\_) Grade (\_\_\_\_)  
 Catégorie (\_\_\_\_) Stade (\_\_\_\_)
3. a) Diagnostic primaire : \_\_\_\_\_  
 Échelle : DSM (\_\_\_\_) Grade (\_\_\_\_)  
 Catégorie (\_\_\_\_) Stade (\_\_\_\_)  
 b) Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_  
 Échelle : DSM (\_\_\_\_) Grade (\_\_\_\_)  
 Catégorie (\_\_\_\_) Stade (\_\_\_\_)  
 c) Date à laquelle les symptômes se sont manifestés pour la première fois ou à laquelle l'accident est survenu (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  
 d) Date de l'examen initial pour le trouble de santé (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  
 e) Date à partir de laquelle le patient a été incapable de travailler (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  
 f) Symptômes (précisez la gravité et la fréquence) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 g) Quels aspects du trouble de santé influent sur la capacité du patient à travailler?

**PARTIE III : FACTEURS AYANT UNE INCIDENCE SUR LE RÉTABLISSEMENT**

- Dépendance \_\_\_\_\_  Antécédents familiaux du trouble de santé actuel \_\_\_\_\_  
 Alimentation \_\_\_\_\_  Mensurations actuelles : Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_  
 Milieu de travail \_\_\_\_\_  Côté de la main dominante : \_\_\_\_\_  
 Milieu domiciliaire \_\_\_\_\_  Antécédents médicaux antérieurs \_\_\_\_\_  
 Problèmes sociaux et familiaux \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il déjà souffert d'un trouble de santé semblable?  Oui  Non  
 Si oui, veuillez indiquer la date de l'apparition initiale du trouble de santé : \_\_\_\_\_

**PARTIE IV : PLAN DE GESTION DU TROUBLE DE SANTÉ ACTUEL**

|  |           |                      | COMMENCEMENT |                              |                              |
|--|-----------|----------------------|--------------|------------------------------|------------------------------|
|  |           |                      | JJ           | MM                           | AAAA                         |
| Date(s) de l'hospitalisation – joindre le sommaire de l'admission et du congé de l'hôpital |           |                      |              |                              |                              |
| _____  |           |                      |              |                              |                              |
| _____  |           |                      |              |                              |                              |
| Date(s) de la chirurgie et type de chirurgie – joindre le(s) rapport(s) de chirurgie       |           |                      |              |                              |                              |
| _____  |           |                      |              |                              |                              |
| _____  |           |                      |              |                              |                              |
| Nom du médicament  | Posologie | Date de l'ordonnance |              |                              |                              |
| _____  | _____     | _____                | Arrêté?      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| _____  | _____     | _____                | Arrêté?      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| _____  | _____     | _____                | Arrêté?      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|  | Nom       | Spécialité           | JJ           | MM                           | AAAA                         |
| Spécialiste  | _____     | _____                |              |                              |                              |
| Analyses supplémentaires prévues   | _____     | _____                |              |                              |                              |
| Thérapeute   | _____     | _____                |              |                              |                              |
| Autre  | _____     | _____                |              |                              |                              |

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

**PARTIE V : TROUBLE CARDIAQUE – À REMPLIR SI APPLICABLE**  S.O.

1. Résultats cliniques :

Douleur thoracique  Syncope  Fatigue  Dyspnée causée par la congestion vasculaire ou l'hypoxie  Psychophysiologie

Lectures de la tension artérielle (au moins trois) au moment de l'apparition du trouble de santé actuel : \_\_\_\_\_

Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

2. Restrictions et limitations

Capacité fonctionnelle (Société canadienne de cardiologie) :

Niveau 1 (aucune limitation)  Niveau 2 (limitations légères)  Niveau 3 (limitations modérées)  Niveau 4 (limitations graves)

3. Analyses de laboratoire/tests diagnostiques (joindre une copie de tous les résultats pertinents)

**PARTIE VI : TROUBLE PSYCHIATRIQUE – À REMPLIR SI APPLICABLE**  S.O.

1. **Diagnostic (Veuillez utiliser les critères du DSM IV)**

Axe I \_\_\_\_\_

Axe II \_\_\_\_\_

Axe III \_\_\_\_\_

Axe IV \_\_\_\_\_

Axe V Score actuel sur l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) \_\_\_\_\_

Score le plus élevé sur l'EGF au cours de la dernière année \_\_\_\_\_

Score le plus bas sur l'EGF au cours de la dernière année \_\_\_\_\_

**Données à l'appui**

Veuillez décrire les symptômes (gravité et fréquence) et indiquer les résultats des examens médicaux ou psychologiques qui soutiennent chaque axe de votre diagnostic.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Avez-vous recommandé votre patient à un :

Psychologue?  Oui  Non Si oui, veuillez préciser la date de la recommandation (JJ/MM/AAAA): \_\_\_\_\_ Objectif : \_\_\_\_\_

Psychiatre?  Oui  Non Si oui, veuillez préciser la date de la recommandation (JJ/MM/AAAA): \_\_\_\_\_ Objectif : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_

**PARTIE VII : TROUBLE MUSCULOSQUELETTIQUE – À REMPLIR SI APPLICABLE**  S.O.

1. Symptômes (précisez la gravité et la fréquence) :

**Zone :**  Cervicale  Thoracique  Lombo-sacrée  Autre \_\_\_\_\_

**Type :**  Rigidité  Paresthésie  Amplitude des mouvements réduite  Spasmes musculaires

2. Résultats cliniques (joindre une copie des radiographies, des résultats du tomodensitogramme ou de l'IRM, des analyses sanguines, etc.) :

Déficits neurologiques : Force  Oui  Non Si oui, à quel degré : \_\_\_\_\_

Perte sensorielle  Oui  Non Si oui, à quel degré : \_\_\_\_\_

Réflexes  Oui  Non Si oui, à quel degré : \_\_\_\_\_

**PARTIE VIII : RESTRICTIONS ET LIMITATIONS – À REMPLIR SI APPLICABLES**

Capacité fonctionnelle (durée en heures) :

Position assise 8 7 6 5 4 3 2 1 Autre : \_\_\_\_\_

Position debout : 8 7 6 5 4 3 2 1 Autre : \_\_\_\_\_

Marche : 8 7 6 5 4 3 2 1 Autre : \_\_\_\_\_

Quels facteurs particuliers influent sur la capacité du patient à s'asseoir, à se lever ou à marcher, s'il y a lieu? \_\_\_\_\_

Quels appareils pourraient améliorer la capacité du patient à s'asseoir, à se lever ou à marcher? \_\_\_\_\_

|                          |                     |  |                                      |  |  | Le patient est en mesure de : | Fréquence / Durée | Le patient est en mesure de :           | Fréquence / Durée |
|--------------------------|---------------------|--|--------------------------------------|--|--|-------------------------------|-------------------|---|-------------------|
| Soulever/<br>transporter | Moins de 5 kg/10 lb | <input type="checkbox"/> Continuellement | <input type="checkbox"/> Fréquemment | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |  | Conduire                      |                   | S'agenouiller/flechir ses genoux        |                   |
|                          | Plus de 5 kg/10 lb  | <input type="checkbox"/> Continuellement | <input type="checkbox"/> Fréquemment | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |  | S'accroupir                   |                   | Monter les escaliers                    |                   |
|                          | Plus de 10 kg/20 lb | <input type="checkbox"/> Continuellement | <input type="checkbox"/> Fréquemment | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |  | Maintenir son équilibre       |                   | Lever ses bras à la hauteur des épaules |                   |
|                          | Plus de 25 kg/50 lb | <input type="checkbox"/> Continuellement | <input type="checkbox"/> Fréquemment | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |  | Se pencher/se baisser         |                   | Lever ses bras au-dessus des épaules    |                   |
| Pousser/<br>tirer        | Moins de 5 kg/10 lb | <input type="checkbox"/> Continuellement | <input type="checkbox"/> Fréquemment | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |  | Faire une torsion             |                   | Lever ses bras au-dessus des épaules    |                   |
|                          | Plus de 5 kg/10 lb  | <input type="checkbox"/> Continuellement | <input type="checkbox"/> Fréquemment | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |  |                               |                   |   |                   |
|                          | Plus de 10 kg/20 lb | <input type="checkbox"/> Continuellement | <input type="checkbox"/> Fréquemment | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |  |                               |                   |   |                   |
|                          | Plus de 25 kg/50 lb | <input type="checkbox"/> Continuellement | <input type="checkbox"/> Fréquemment | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |  |                               |                   |   |                   |

**PARTIE IX : À REMPLIR POUR TOUS LES TROUBLES DE SANTÉ – DURÉE PRÉVUE DU RÉTABLISSEMENT/PLANIFICATION DE LA RÉADAPTATION**

Progrès du patient :  Aucun  Régression  Amélioration minimale  Amélioration importante  Plateau

Pronostic de résolution :  Mauvais  Bon

Durée prévue de la période de rétablissement : \_\_\_\_\_

Selon vous, le patient est-il un bon candidat pour une réadaptation médicale ou fonctionnelle (c.-à-d. programme de conditionnement, services de consultation, etc.)?

Oui  Non Veuillez préciser votre opinion : \_\_\_\_\_

Selon vous, le patient est-il un bon candidat pour un programme de retour au travail (c.-à-d. dans le cadre d'un retour avec tâches modifiées ou d'un retour au travail graduel, etc.)?

Oui  Non Veuillez préciser votre opinion : \_\_\_\_\_

Si vous n'êtes pas en mesure de déterminer la durée, veuillez effectuer un suivi dans \_\_\_\_\_ semaines ou \_\_\_\_\_ mois.

Quelles sont les mesures prises (ou devant être prises) sur le plan des aspects suivants pour aider votre patient à réintégrer un mode de vie productif (cochez toutes les cases qui s'appliquent)?

Conditionnement physique  Gestion du stress/capacité d'adaptation  Renforcement de la confiance en soi sur le plan social

Orientation professionnelle  Autre \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer tout renseignement ou détail supplémentaire qui pourrait avoir des répercussions importantes sur la capacité du patient à se rétablir de son trouble de santé :

**PARTIE X : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

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

Remplir le présent formulaire et le retourner à : Croix Bleue Medavie  
644, rue Main, C.P. 220, Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 8L3  
Numéro sans frais au Canada : 1-877-347-5055 Téléc. : 1-800-644-1722 absence@medavie.ca