

Veillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région :

**Québec**  
**Règlements, Invalidité**  
C. P. 790, succursale B  
Montréal (Québec) H3B 3K6

**Toutes les autres provinces**  
**Règlements, Invalidité**  
522, avenue University, bureau 400  
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

## INSTRUCTIONS

Toute personne ayant à remplir une partie du présent formulaire doit suivre les instructions ci-dessous.

### PARTICIPANT

1. Veuillez remplir la Déclaration du participant, en prenant soin de répondre à toutes les questions pour éviter tout retard dans l'étude de votre dossier. N'oubliez pas de signer la section « Confirmation et autorisation du participant » à la partie 4.
2. Veillez à ce que votre médecin traitant remplisse la déclaration médicale propre à votre état (physique et/ou psychologique). Vous devez aussi remplir la section « Coordonnées du participant » ET signer l'« Autorisation du participant » qui précède la déclaration du médecin.
3. Veuillez joindre une photocopie de tout relevé de prestations d'un régime gouvernemental en vertu duquel vous recevez des prestations (Régie des rentes du Québec, Régime de pensions du Canada, CNESST ou autre régime d'indemnisation des accidents du travail, régime d'assurance automobile ou régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels, etc.).
4. Veuillez joindre une copie de toute correspondance reçue d'un des régimes gouvernementaux énumérés au point 3 (lettre d'acceptation, une preuve de paiement, etc.) ainsi qu'une copie du dossier, si possible.

Note :

- a. Il vous incombe de payer les honoraires que demande votre médecin traitant pour remplir sa partie du présent formulaire.
- b. Il importe, au cours de toute invalidité, que vous lisiez les commentaires inscrits sur vos talons de chèques d'indemnisation. Ces commentaires vous informeront de toute décision touchant votre dossier et vous fourniront tout complément d'information nécessaire en cas de prolongation d'invalidité.
- c. Veuillez retourner le document au complet à l'adresse mentionnée ci-dessus sans détacher les pages.

### MÉDECIN TRAITANT

1. Veuillez remplir la déclaration médicale propre à l'état de santé (physique et/ou psychologique) de votre patient, en ayant soin de répondre à toutes les questions pour éviter tout retard dans l'étude du dossier.
2. Veuillez joindre au formulaire toute autre documentation pertinente à l'évaluation de la demande (résultats d'examen, rapports de consultation de spécialiste, etc.).



Veillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région :

**Québec**  
**Règlements, Invalidité**  
C. P. 790, succursale B  
Montréal (Québec) H3B 3K6

**Toutes les autres provinces**  
**Règlements, Invalidité**  
522, avenue University, bureau 400  
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

**Nature de la demande :** Invalidité de courte durée  Invalidité de longue durée  Exonération des primes

**COORDONNÉES DU PARTICIPANT (cette partie doit être remplie par le participant)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ N° de certificat : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION DU PARTICIPANT**

J'AUTORISE PAR LES PRÉSENTES tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le Bureau de renseignements médicaux, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité.

Une photocopie de la présente « Autorisation du participant » a la même valeur que l'original.

La présente « Autorisation du participant » n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. au domicile : \_\_\_\_\_ Tél. au travail : \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – MALADIE À CARACTÈRE PSYCHOLOGIQUE**

À remplir en caractères d'imprimerie et à remettre au patient.

PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET DE JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.

**PARTIE 1 – DIAGNOSTIC**

**1. DIAGNOSTIC selon le DSM V**

1.1 Pathologie psychiatrique : \_\_\_\_\_

1.2 Veuillez décrire les signes et les symptômes et leur fréquence et préciser le degré de gravité de chacun d'eux :

L = Léger M = Moyen I = Intense

Signes	L	M	I	Symptômes	L	M	I
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles de la personnalité associés? Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_

Problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme associés ou problèmes de jeu? Non  Oui

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Maladie associée : – diagnostic : \_\_\_\_\_

– médicaments prescrits : \_\_\_\_\_

Stresseurs psychosociaux associés (dans les 12 derniers mois) :

- Problèmes personnels ou interpersonnels     Consommation abusive d'alcool ou de drogue ou problèmes de jeu  
 Problèmes conjugaux ou familiaux  
 Perte d'emploi ou mise à pied     Problèmes professionnels  
 Autres, précisez : \_\_\_\_\_

Niveau le plus élevé de la capacité fonctionnelle d'adaptation – de l'année dernière : EGF (0-100) \_\_\_\_\_  
– actuellement : EGF (0-100) \_\_\_\_\_

## PARTIE 2 – TRAITEMENT ET VISITES

2.1 Médication : \_\_\_\_\_

Date de début	Nom	Posologie	Fréquence

2.2 Stratégies du traitement avec la médication :

- Augmentée le \_\_\_\_\_ Nom et posologie \_\_\_\_\_
- Potentialisée le \_\_\_\_\_ Nom et posologie \_\_\_\_\_
- Combinaison le \_\_\_\_\_ Nom et posologie \_\_\_\_\_

2.3 Votre patient consulte-t-il un :

Depuis quand ?

psychiatre	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J								
A	A	A	A	M	M	J	J												
psychologue	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																
travailleur social	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																
autre intervenant	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																

2.4 Votre patient est-il suivi :

Précisez :

- dans le centre de traitement? Non  Oui  \_\_\_\_\_
- dans un CLSC? Non  Oui  \_\_\_\_\_
- dans un hôpital de jour? Non  Oui  \_\_\_\_\_
- en thérapie de groupe? Non  Oui  \_\_\_\_\_
- en thérapie individuelle? Non  Oui  \_\_\_\_\_

## PARTIE 3 – SUIVI ET PRONOSTIC

3.1 Date de la dernière consultation : 

A	A	A	A	M	M	J	J

3.2 Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_

3.3 Le patient sera-t-il dirigé vers un psychiatre? Non  Oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_

3.4 Collaboration du patient à son traitement : Excellente  Moyenne  Médiocre

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

3.6 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Non  Oui

3.7 Considérez-vous que son état s'est amélioré de façon optimale? Non  Oui

3.8 Durée approximative de l'incapacité – N<sup>bre</sup> de semaines \_\_\_\_\_ ou N<sup>bre</sup> de mois \_\_\_\_\_  
ou Date de retour au travail 

A	A	A	A	M	M	J	J

 ou Indéterminée

3.9 a) Est-ce que votre patient est apte à reprendre : Son travail habituel? Non  Oui  Ou Un autre travail? Non  Oui

Si oui, date : 

A	A	A	A	M	M	J	J

À temps partiel  À temps plein

Si retour progressif, veuillez en justifier la nécessité : \_\_\_\_\_

b) Plan de retour au travail recommandé

Début du programme le : 

A	A	A	A	M	M	J	J

Semaine 1 : \_\_\_\_\_ jours par semaine

Date : 

A	A	A	A	M	M	J	J

Semaine 2 : \_\_\_\_\_ jours par semaine

Date : 

--	--	--	--	--	--	--	--

Semaine 3 : \_\_\_\_\_ jours par semaine

Date : 

--	--	--	--	--	--	--	--

Semaine 4 : \_\_\_\_\_ jours par semaine

Date : 

--	--	--	--	--	--	--	--

### PARTIE 4 – ÉVALUATION DES CAPACITÉS FONCTIONNELLES MENTALES

**Légende :** 0 Aucune limitation

1 Légère limitation sans atteinte de la capacité fonctionnelle

2 Limitation moyenne sans atteinte de la capacité fonctionnelle

3 Atteinte significative de la capacité fonctionnelle

4 Limitation totale de la capacité fonctionnelle

**Veuillez sélectionner le chiffre correspondant à votre évaluation selon la légende indiquée ci-dessus.**

1. Capacité à maintenir des relations interpersonnelles et des relations de confiance	0	1	2	3	4
2. Capacité à exercer des activités personnelles et des activités quotidiennes de la vie courante	0	1	2	3	4
3. Maintien des intérêts	0	1	2	3	4
4. Capacité à comprendre et à garder en mémoire les instructions reçues et à les exécuter	0	1	2	3	4
5. Capacité à réagir adéquatement à la supervision	0	1	2	3	4
6. Capacité à effectuer des tâches qui nécessitent des rapports avec autrui de façon régulière	0	1	2	3	4
7. Capacité à effectuer un travail qui nécessite peu de rapports avec autrui	0	1	2	3	4
8. Capacité à effectuer des tâches qui comportent des exigences intellectuelles minimales	0	1	2	3	4
9. Capacité à effectuer des tâches complexes qui demandent un haut niveau de raisonnement, de capacité mathématique et de langage	0	1	2	3	4
10. Capacité à effectuer des tâches répétitives à une vitesse adéquate	0	1	2	3	4
11. Capacité à effectuer des tâches variées	0	1	2	3	4
12. Constance et rythme	0	1	2	3	4
13. Capacité décisionnelle	0	1	2	3	4
14. Persévérance	0	1	2	3	4
15. Capacité à superviser ou à gérer des ressources humaines	0	1	2	3	4
16. Capacité à composer avec le stress dans des situations qui demandent une attention soutenue et une rapidité d'exécution	0	1	2	3	4

### PARTIE 5 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

1. Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : 

--	--	--	--	--	--	--	--

2. Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : 

--	--	--	--	--	--	--	--

3. Omnipraticien  Spécialiste  Autre  Précisez : \_\_\_\_\_

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

A	A	A	A	M	M	J	J

**NOTE – TOUS LES FRAIS DEMANDÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU PARTICIPANT.**

Veillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région :

**Québec**  
**Règlements, Invalidité**  
C. P. 790, succursale B  
Montréal (Québec) H3B 3K6

**Toutes les autres provinces**  
**Règlements, Invalidité**  
522, avenue University, bureau 400  
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

**Nature de la demande** : Invalidité de courte durée  Invalidité de longue durée  Exonération des primes

**COORDONNÉES DU PARTICIPANT (cette partie doit être remplie par le participant)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° de police : 

--	--	--	--	--

 N° d'assurance sociale : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 N° de certificat : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**AUTORISATION DU PARTICIPANT**

J'AUTORISE PAR LES PRÉSENTES tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le Bureau de renseignements médicaux, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité.

Une photocopie de la présente « Autorisation du participant » a la même valeur que l'original.

La présente « Autorisation du participant » n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tél. au domicile : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tél. au travail : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – MALADIE À CARACTÈRE PHYSIQUE**

À remplir en caractères d'imprimerie et à remettre au patient.

PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET DE JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.

**PARTIE 1 – DIAGNOSTIC**

**1.1** Principal : \_\_\_\_\_

**1.2** Secondaire : \_\_\_\_\_

**1.3** Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation :

Scan  IRM  ECG  Autres tests, investigations  : \_\_\_\_\_

(Joindre les copies des résultats récents.)

Votre patient est-il? Droitier  Gaucher

**1.4** Veuillez dresser la liste des symptômes que vous avez constatés personnellement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PARTIE 2 – TRAITEMENT ET VISITES**

2.1 Médication : \_\_\_\_\_

Date de début	Nom	Posologie	Fréquence

2.2 Traitements additionnels (précisez le type et la fréquence) : \_\_\_\_\_

2.3 Chirurgie (date, nature de l'intervention) : \_\_\_\_\_

2.4 Hospitalisation : Du 

A	A	A	A	M	M	J	J

 au 

A	A	A	A	M	M	J	J

2.5 Nom du spécialiste : \_\_\_\_\_

**PARTIE 3 – SUIVI MÉDICAL ET PRONOSTIC**

3.1. Date de la dernière consultation : 

A	A	A	A	M	M	J	J

 Prochaine consultation : 

A	A	A	A	M	M	J	J

3.2 Tests et examens à venir, précisez : \_\_\_\_\_

3.3 Fréquence du suivi : De 

A	A	A	A	M	M	J	J

 à 

A	A	A	A	M	M	J	J

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

3.4 Orientation vers un spécialiste? Non  Oui  Nom du spécialiste : \_\_\_\_\_

3.5 Date prévue de consultation d'un spécialiste : 

A	A	A	A	M	M	J	J

 Spécialité : \_\_\_\_\_

3.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.

Au début de l'invalidité	Actuellement

3.7 Évolution : Progressive  Stable  Régressive

3.8 Si vous prévoyez que cette absence au travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.9 Collaboration du patient à son traitement : Excellente  Moyenne  Médiocre

3.10 Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Non  Oui

3.11 Durée approximative de l'incapacité – N<sup>bre</sup> de semaines \_\_\_\_\_ ou N<sup>bre</sup> de mois \_\_\_\_\_

ou Date de retour au travail : 

A	A	A	A	M	M	J	J

 ou Indéterminée

3.12 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner à : Son travail habituel? \_\_\_\_\_

Ou Un autre travail? \_\_\_\_\_

À temps partiel  À temps plein  En retour progressif  Précisez : \_\_\_\_\_

## PARTIE 4 – LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

### 4.1 Condition cardiaque (si l'invalidité y est liée) : Capacité fonctionnelle selon l'American Heart Association

- Catégorie 1 (aucune restriction)  Catégorie 2 (légère restriction)   
 Catégorie 3 (restriction importante)  Catégorie 4 (restriction complète)

### 4.2 Capacités fonctionnelles : Au cours d'une journée de travail de 8 heures, pendant combien de temps votre patient peut-il faire les actions suivantes :

- Rester assis : 1 h  2 h  3 h  4 h  5 h  6 h  7 h  8 h
- Rester debout : 1 h  2 h  3 h  4 h  5 h  6 h  7 h  8 h
- Marcher : 1 h  2 h  3 h  4 h  5 h  6 h  7 h  8 h

Au cours d'une journée de 8 heures, votre patient peut soulever ou transporter : (Cochez une case.)

- des objets de 100 lb et soulever et transporter souvent des objets de 50 lb.
- des objets de 100 lb au plus et soulever et transporter souvent des objets de 50 lb au plus.
- des objets de 50 lb au plus et soulever et transporter souvent des objets de 25 lb au plus.
- des objets de 20 lb au plus et soulever et transporter souvent des objets de 10 lb au plus.
- des objets de 10 lb au plus et transporter parfois des petits objets.

Au cours d'une journée de 8 heures, votre patient peut faire les actions suivantes à un pourcentage de :

Fonctions des membres		Parfois (0 % à 33 %)	Souvent (33 % à 66 %)	Constamment (67 % à 100 %)	Jamais
Simple préhension	MSG/MSD				
Manipulation délicate	MSG/MSD				
Saisie de clavier (à l'aide des doigts)	MSG/MSD				
Rotation – extension épaule	MSG/MSD				
Rotation – extension coude	MSG/MSD				
Utilisation de commande aux pieds	MIG/MID				

MSG : Membre supérieur gauche    MIG : Membre inférieur gauche    MSD : Membre supérieur droit    MID : Membre inférieur droit

### 4.3 Toute autre limitation ou restriction non mentionnée ci-dessus :

---



---

### 4.4 Complications de grossesse : Si votre patiente est enceinte, date prévue d'accouchement :

A	A	A	A	M	M	J	J

Quels sont les signes et les symptômes et les raisons médicales qui empêchent votre patiente d'occuper son emploi?  
 (Veuillez joindre le dernier dossier obstétrical.) :

---



---

## PARTIE 5 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

1. Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

2. Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

3. Omnipraticien  Spécialiste  Autre  Précisez : \_\_\_\_\_

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

A	A	A	A	M	M	J	J

**NOTE – TOUS LES FRAIS DEMANDÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU PARTICIPANT.**