

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 physique, remplir le formulaire spécifique (f.29549-501).

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 - Veuillez utiliser la nomenclature et les codes du DSM V pour répondre aux questions suivantes.

5. **AXE I**

Diagnostic principal : _____

Diagnostic secondaire : _____

6. **AXE II**

Troubles de la personnalité associée ? Non Oui Précisez : _____

Problème de toxicomanie, d'alcoolisme associés ou problèmes de jeu ? Non Oui Précisez : _____

7. **AXE III - Maladies associés**

Diagnostic : _____

Médicaments prescrits : _____

8. **AXE IV - Stresseurs psychosociaux associés**

Problèmes personnels ou interpersonnels Problèmes conjugaux ou familiaux Problèmes professionnels

Perte d'emploi ou mise à pied Consommation abusive d'alcool ou de drogues, problèmes de jeu

Autres, précisez : _____

9. Veuillez préciser l'élément déclencheur :

10. Quels sont les symptômes actuels que vous avez constatés ?

11. Quel est le degré de gravité de l'ensemble des symptômes ? Léger Moyen Intense Avec éléments psychotiques

12. À quel moment les premiers symptômes sont-ils apparus ? _____

13. Examen de l'état mental actuel (activité psychomotrice, humeur, affect, pensée, aptitudes cognitives) :

14. Quels sont les limitations cognitives ou mentales du patient et le degré de celles-ci ?

a) Concentration : Aucune Légère Moyenne Intense

b) Interaction sociale : Aucune Légère Moyenne Intense

c) Compréhension : Aucune Légère Moyenne Intense

d) Raisonnement : Aucune Légère Moyenne Intense

e) Autres : Précisez : _____

f) Veuillez décrire quelles activités quotidiennes sont affectées par ces limitations et de quelle façon :

15. Veuillez indiquer la raison de la consultation initiale du patient :

16. Y a-t-il des complications qui sont susceptibles de prolonger la période d'invalidité ? Non Oui

a) Dans l'affirmative, veuillez préciser :

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

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

C. TRAITEMENT

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

a) Augmentation progressive : _____

b) Potentialisation : _____

c) Y a-t-il eu ou prévoyez-vous un changement de la médication ? Non Oui

Si oui, précisez : _____

19. Le patient consulte-t-il : un psychologue ? Non Oui Autre ? Non Oui Si oui, précisez : _____

a) Dans l'affirmative, indiquez le nom et les coordonnées de l'intervenant :

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

Précisez : _____

Date d'entrée (AAAA MM JJ) _____ Date de sortie (AAAA MM JJ) _____

Nom de l'hôpital

Adresse de l'hôpital (n° civique, rue, ville, province, code postal)

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

a) Dans la négative, veuillez préciser :

D. SUIVI ET PRONOSTIC

22. Date à laquelle le patient a cessé de travailler en raison de cette maladie (AAAA MM JJ) : _____

23. 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) ? _____

24. Dates des consultations à ce jour : _____

a) Fréquence des consultations : _____ Prochaine consultation : _____

25. Le patient sera-t-il référé à un psychiatre ? Non Oui

a) Nom du médecin : _____

b) Fréquence des consultations : _____

26. 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 :

27. 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

28. 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

Veillez nous faire parvenir une copie de tous les examens (résultats de laboratoires) 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

29. _____
Prénom et nom

30. _____ Omnipraticien Spécialiste, précisez : _____
N° de permis d'exercer

31. _____
Adresse (n° civique, rue, ville, province, code postal)

_____ N° de téléphone

_____ N° de télécopieur

_____ **X** _____
Date (AAAA MM JJ) Signature

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