



RAEO
125, promenade Northfield Ouest
Waterloo ON N2L 6K4
1-800-267-6847
www.raeo.com

Déclaration du médecin traitant – Invalidité Problèmes de santé physique

*Il revient à la patiente ou au patient de payer tous les frais exigés pour remplir ce formulaire.
Veuillez imprimer lisiblement et conserver une copie de ce formulaire pour vos dossiers.*

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE - À remplir par la patiente ou le patient

Nom (Nom de famille, prénom et initiale du deuxième prénom)

Adresse (numéro, rue et app.)

Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone à domicile	Autre numéro de téléphone	Employeur/conseil scolaire
Numéro du régime d'ILD collectif	Numéro de division	Date de naissance (jj/mm/aaaa)

CONVENTION, ATTESTATION ET AUTORISATION DE LA PATIENTE OU DU PATIENT

J'autorise par la présente tout médecin, praticien ou professionnel de la santé autorisé qui m'a observé pour établir un diagnostic ou prescrire un traitement, tout hôpital, toute clinique ou n'importe quel autre établissement médical où j'ai été une patiente ou un patient, à communiquer aux administrateurs du Régime d'assurance des enseignantes et des enseignants de l'Ontario et à OTIP/RAEO Benefits Incorporated (« RAEO ») tous les renseignements médicaux dans mon dossier, y compris, sans s'y limiter, des copies des rapports de consultation, des notes cliniques, des résultats de tests, de mes antécédents médicaux, des traitements reçus, des examens médicaux indépendants et des dossiers d'hospitalisation, aux fins de la gestion du régime d'ILD, à des fins de vérification et pour l'étude et la gestion de ma demande de prestations.

J'autorise le RAEO à recueillir, utiliser et échanger les renseignements nécessaires à l'évaluation de ma demande auprès de toute personne physique ou morale susmentionnée qui détient des renseignements relatifs à ma demande.

Il est entendu que la présente autorisation est valide pour la période touchée par ma demande de prestations.

Je donne à une photocopie ou à une version électronique de cette autorisation la même valeur que l'original.

Il est entendu que j'assume tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire.

Signature (patiente ou patient) : _____ Date (jj/mm/aaaa) _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT - À remplir par le médecin

Nom (Nom de famille, prénom et initiale du deuxième prénom)

Adresse (numéro, rue et app.)

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone au bureau

Numéro de télécopieur

Spécialisation

VEUILLEZ FAIRE EN SORTE QUE LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS SOIENT LES PLUS COMPLETS POSSIBLE**1. DIAGNOSTIC**

Primaire : _____

Secondaire et/ou complications : _____

Si accouchement - date prévue ou réelle de l'accouchement (jj/mm/aaaa) _____

Le problème de santé découle-t-il :

D'une maladie/blessure professionnelle Oui Non D'un accident de voiture Oui Non

Si oui, date : (jj/mm/aaaa) _____ Si oui, date : (jj/mm/aaaa) _____

Avez-vous rempli, récemment, un autre formulaire lié à une demande de prestations d'invalidité pour cette personne?

 Oui Non Si oui, veuillez indiquer le demandeur : (autre assureur, RPC, RRQ, CSPAAT, etc.) _____

Date du premier rendez-vous pour le problème de santé : _____ Date de la première absence du travail liée à ce problème :

(jj/mm/aaaa) _____ (jj/mm/aaaa) _____

2. TRAITEMENT

P. ex., programmes spéciaux, thérapies, médicaments : (inclure la posologie)

Fréquence des rendez-vous : Hebdomadaire Mensuel Autre (préciser) _____

Date du dernier rendez-vous : (jj/mm/aaaa) _____

Est-ce que la patiente ou le patient a reçu un traitement pour ce problème de santé ou un problème semblable par le passé?

 Oui Non

Si oui, date : (jj/mm/aaaa) _____ Fournisseur du traitement : _____

Est-ce que la patiente ou le patient se conforme au programme de traitement recommandé? Oui Non

Veuillez préciser : _____

3. RÉACTION AU TRAITEMENT

Veuillez décrire la réaction au traitement, jusqu'à maintenant :

 Rétablissement Amélioration Aucun changement RégressionPrévoit-on modifier ou élargir le programme de traitement actuel? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer comment : _____

4. HOSPITALISATION

La patiente ou le patient est à l'hôpital/l'a été? Oui Non

Est-ce que l'hospitalisation est possible dans le futur? Oui Non

Date d'admission (jj/mm/aaaa)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)	Nom de l'établissement
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Si une chirurgie a eu/aura lieu, veuillez la décrire et en indiquer la date :

Date (jj/mm/aaaa)	Description
1. _____	_____
2. _____	_____

5. INVESTIGATIONS

Veuillez mettre en pièce jointe tous les documents pertinents, datés du dernier jour de travail jusqu'à aujourd'hui :

- Résultats de tests/d'investigations (si les résultats ne sont pas inclus, nous présumerons que des tests n'ont pas été effectués)
- Rapports de consultation
- Notes cliniques

Si nous n'avons pas en main les documents susmentionnés, nous ne pourrions pas traiter la demande de votre patiente ou patient.

Des tests/investigations/consultations sont-ils à venir? Oui Non

Date (jj/mm/aaaa)	Description
1. _____	_____
2. _____	_____

Si un rapport de consultation n'est pas inclus, est-ce qu'un spécialiste verra la patiente ou le patient plus tard pour ce problème de santé? Oui Non

Nom du spécialiste	Spécialisation	Adresse	Date (jj/mm/aaaa)
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____

6. OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS CLINIQUES

Veuillez décrire les symptômes actuels de la patiente ou du patient y compris les antécédents médicaux, leur gravité et leur fréquence :

Comment les symptômes de la patiente ou du patient ont-ils évolué jusqu'à maintenant?

- Amélioration Aucun changement Régression

7. **RESTRICTIONS**

Selon vos observations et conclusions cliniques, merci de décrire les restrictions qui s'appliquent actuellement à la patiente ou au patient :

Est-ce que la patiente ou le patient s'est vu révoquer ou limiter un permis en raison de ce problème de santé? Oui Non

Si oui, à quelle date? (jj/mm/aaaa) _____ Type de permis : _____

Avez-vous des inquiétudes quant à la capacité qu'a votre patiente ou patient de s'occuper de ses affaires? Oui Non

8. **FACTEURS AGGRAVANTS**

Veillez indiquer tous les facteurs qui pourraient avoir contribué aux problèmes cliniques et pourraient compliquer le rétablissement de la patiente ou du patient :

- | | | | |
|---|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problèmes en milieu de travail | <input type="checkbox"/> Problèmes sociaux/familiaux | <input type="checkbox"/> Problèmes financiers/juridiques | |
| <input type="checkbox"/> Problème physique | <input type="checkbox"/> Alcoolisme ou toxicomanie | <input type="checkbox"/> Effets secondaires de médicaments | |
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Faculté d'adaptation | <input type="checkbox"/> Personnalité/motivation | <input type="checkbox"/> Autre |

Donnez plus de détails :

Veillez décrire les appuis mis en place, ou prévus, pour aider à régler ces problèmes :

9. **RETOUR AU TRAVAIL**

De quels objectifs de retour au travail avez-vous discuté avec la patiente ou le patient? Veuillez préciser :

AUTORISATION DU MÉDECIN TRAITANT

J'atteste que les renseignements contenus dans le présent formulaire, et toute déclaration orale ou écrite que je fournirai à l'avenir à l'égard de cette demande de règlement, sont à ma connaissance véridiques et complets. Je comprends que les renseignements contenus dans le présent formulaire seront conservés dans un dossier de santé concernant cette demande de prestations auquel peuvent avoir accès des tiers qui ont été autorisés à y accéder. Je reconnais et j'accepte qu'en signant ce document je consens à la divulgation sans épurement des renseignements qu'il contient aux administrateurs du Régime d'assurance des enseignantes et des enseignants de l'Ontario et à OTIP/RAEO Benefits Incorporated (« RAEO »).

Signature (du médecin traitant) : _____ Date (jj/mm/aaaa) _____