



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

Déclaration du médecin traitant – Invalidité Problèmes de santé mentale

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/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 : _____

Ce problème de santé est-il lié à : Maladie/blessure professionnelle Accident de voiture Si oui, date : (jj/mm/aaaa) _____

Détails : _____

Date du premier rendez-vous lié à ce problème de santé :
(jj/mm/aaaa) _____Date de la première absence du travail liée à ce problème de santé :
(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) _____ Par qui : _____

Avez-vous récemment rempli un autre formulaire de demande de prestations d'invalidité pour cette patiente ou ce patient?

 Oui Non Si oui, veuillez indiquer le demandeur : (autre assureur, RPC, RRQ, CSPAAT, etc.) _____**2. DESCRIPTION DES SYMPTÔMES ACTUELS DE LA PATIENTE OU DU PATIENT**

Veuillez décrire les symptômes actuels de la patiente ou du patient, notamment leur gravité et leur fréquence : _____

3. VOS OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS CLINIQUES

Veuillez décrire le degré d'impact du problème de santé sur ce qui suit :

	Aucun impact	Faible	Modéré	Important
Apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énergie/vigueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lucidité/jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autocritique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations ou commentaires à l'appui de ce qui se trouve plus haut : _____

4. 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 :

5. INVESTIGATIONS

Veillez 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 prévue du rapport : (jj/mm/aaaa) _____

La patiente a-t-elle ou le patient a-t-il bientôt un rendez-vous avec un spécialiste? Oui Non

Nom du spécialiste _____ Spécialisation _____ Date du rv : (jj/mm/aaaa)

1. _____
2. _____

Raison de la consultation : _____

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 Je ne sais pas Si oui, depuis quand? (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

6. MÉDICAMENTS (Veillez ajouter une feuille en pièce jointe si vous n'avez pas suffisamment d'espace)

Nom du médicament	Posologie initiale et date de début (jj/mm/aaaa)	Posologie actuelle et date d'entrée en vigueur, le cas échéant (jj/mm/aaaa)	Résultat

7. HOSPITALISATION

Est-ce que 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. _____

8. **DESCRIPTION DU TRAITEMENT** (p. ex., TCC, désintoxication, thérapie de groupe/de couple, programme de jour à l'hôpital, physio, etc.)

Type de thérapie	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date de début du traitement (jj/mm/aaaa)	Fréquence des rendez-vous	Date du dernier rendez-vous (jj/mm/aaaa)	Résultat

9. **RÉACTION GÉNÉRALE AU TRAITEMENT**

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

Rétablissement Amélioration Aucun changement Régression

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

Veuillez préciser : _____

Prévoit-on modifier ou élargir le programme de traitement actuel? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer comment : _____

10. **PRONOSTIC ET RÉTABLISSEMENT**

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

Veuillez indiquer le pronostic de la patiente ou du patient : _____

Veuillez fournir tout autre renseignement qui nous aidera à comprendre le problème de santé actuel de la patiente ou du patient, ses objectifs de rétablissement et son pronostic :

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