

**La Capitale assureur de l'administration publique inc.**  
625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500  
Québec (Québec) G1K 8X9  
418 644-4200 ou 1 800 463-4856  
Télécopieur: 418 643-7323 ou 1 855 669-8830  
prest.inv@lacapitale.com (mode de transmission non sécurisé)

Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée ou par quelqu'un en son nom si elle est incapable de le remplir elle-même. La Capitale assureur de l'administration publique inc. se réserve le droit d'exiger des renseignements supplémentaires si elle le juge nécessaire. La compagnie n'assume aucune responsabilité pour tous frais relatifs à l'exécution des preuves de la réclamation.

**ATTENTION !** Dans tous les cas comprenant la communication de renseignements médicaux et sur la santé, les résultats de tests génétiques ne doivent en aucun cas être divulgués et acheminés.

## 1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ASSURÉE

N° de groupe	N° d'employeur	N° d'identification	Date de naissance
			Année      Mois      Jour
Nom		Prénom	
		Genre <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
N°, rue, app.		Ville	
Province	Code postal	Téléphone (résidence)	Téléphone (travail/cellulaire)

**A** Si vous avez repris le travail, date du retour au travail : 

Année	Mois	Jour

 Combien de jours ou d'heures/semaine ? \_\_\_\_\_

**B** Depuis le dernier rapport, avez-vous consulté un professionnel de la santé, reçu des traitements ou subi des examens ?  Non  Oui

**Si oui**, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.

Hôpitaux, médecins consultés durant votre invalidité actuelle :

Nom et adresse des hôpitaux ou médecins	Date	Traitements/opérations
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**C** Quels médicaments prenez-vous actuellement ? \_\_\_\_\_

**D** Avez-vous présenté ou présenterez-vous une demande de prestations à un organisme public ?  Non  Oui

**Si oui**, à quel organisme ? \_\_\_\_\_ Date de votre demande : 

Année	Mois	Jour

 Acceptée  Refusée  À l'étude

## 2. DÉCLARATION ET AUTORISATION

« Je certifie que les renseignements donnés ci-dessus sont complets et véridiques.

J'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'il ou qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également La Capitale à communiquer ces renseignements aux personnes mentionnées ci-dessus lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de mon dossier.

En cas de décès, j'autorise expressément le preneur, l'employeur, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de mon dossier. »


Le présent consentement est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

**Attention**

Les sections suivantes doivent être dûment remplies et signées :

- **Par la personne assurée**
- déclaration de la personne assurée
- section supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant
- **Par le médecin traitant**
- déclaration du médecin traitant

Signé à : \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ .

 \_\_\_\_\_  
Signature de la personne assurée

**Section à remplir par la personne assurée**

N.B. Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire à la page suivante.

1 Nom: \_\_\_\_\_ 2 Prénom: \_\_\_\_\_  
3 N° de groupe / N° d'identification: \_\_\_\_\_ 4 Date de naissance: \_\_\_\_\_

**Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre à la patiente)**

**ATTENTION! Dans tous les cas comprenant la communication de renseignements médicaux et sur la santé, les résultats de tests génétiques ne doivent en aucun cas être divulgués et acheminés.**

**1. Diagnostic**

1.1 Principal: \_\_\_\_\_  
1.2 Secondaire: \_\_\_\_\_  
1.3 Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation (**joindre copie** des résultats récents, radiographies, ECG ou autres tests et examens):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Poids: \_\_\_\_\_ lb  kg  Taille: \_\_\_\_\_ pi/po  \_\_\_\_\_ m/cm  Tension artérielle la plus récente: \_\_\_\_\_  
1.4 Degré de gravité des symptômes (L = Léger, M = Moyen, I = Intense)

	L	M	I		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"/>

**2. Traitement**

2.1 Médicaments - nom - posologie: \_\_\_\_\_  
2.2 Traitements additionnels (précisez le type et la fréquence): \_\_\_\_\_  
2.3 Chirurgie (date, nature et intervention): \_\_\_\_\_  
2.4 Hospitalisation: du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital: \_\_\_\_\_  
2.5 Consultation d'un spécialiste: Non  Oui  **Si oui, annexe la copie**

**3. Suivi et pronostic**

3.1 Date de la dernière consultation: \_\_\_\_\_ Prochaine consultation: \_\_\_\_\_  
3.2 Tests et examens à venir (précisez): \_\_\_\_\_  
3.3 Fréquence du suivi: \_\_\_\_\_  
3.4 Orientation vers un spécialiste: Non  Oui  **Si oui, nom du médecin:** \_\_\_\_\_  
3.5 Date prévue de consultation d'un spécialiste: \_\_\_\_\_ Spécialité: \_\_\_\_\_  
3.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patiente d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses tâches habituelles.  
Au début de l'invalidité \_\_\_\_\_ Actuellement \_\_\_\_\_  
3.7 Évolution: Progressive  Stable  Régressive   
3.8 Si vous prévoyez que cette absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.  
\_\_\_\_\_  
3.9 Collaboration de la patiente à son traitement: Excellente  Moyenne  Médiocre   
3.10 Durée approximative de l'incapacité: Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail \_\_\_\_\_  
3.11 Dans combien de temps la patiente pourra-t-elle retourner au travail? Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_  
À temps partiel  À temps plein  Retour progressif  Précisez: \_\_\_\_\_

**4. Autres commentaires**

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

**5. Identification du médecin**

5.1 Nom, prénom: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_  
5.2 N° de permis d'exercer: \_\_\_\_\_ Télécopieur: \_\_\_\_\_  
Omnipraticien  Spécialiste  Précisez: \_\_\_\_\_  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Section à remplir par la personne assurée**

N.B. Pour les maladies à caractère physique, remplir le formulaire à la page précédente.

1 Nom: \_\_\_\_\_ 2 Prénom: \_\_\_\_\_  
 3 N° de groupe / N° d'identification: \_\_\_\_\_ 4 Date de naissance: | Année | Mois | Jour |

**Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre à la patiente)**

**ATTENTION! Dans tous les cas comprenant la communication de renseignements médicaux et sur la santé, les résultats de tests génétiques ne doivent en aucun cas être divulgués et acheminés.**

**1. Diagnostic**

1.1 Principal: \_\_\_\_\_  
 1.2 Secondaire: \_\_\_\_\_  
 1.3 Veuillez décrire les signes et les symptômes avec leur fréquence et précisez 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"/>

1.4 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patiente d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses tâches habituelles.  
 Au début de l'invalidité: \_\_\_\_\_ Actuellement: \_\_\_\_\_

**2. Traitement**

2.1 Médicaments - nom - posologie: \_\_\_\_\_

2.2 **La patiente consulte-t-elle un:**

psychiatre ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	<b>Si oui</b> , depuis quand ? _____	<b>La patiente est-elle suivie:</b>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	<b>Si oui</b> , précisez: _____
psychologue ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un centre de traitement ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
travailleur social ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un CLSC ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
autre intervenant ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____	dans un hôpital de jour ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
				en thérapie de groupe ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____
				en thérapie individuelle ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	_____

AXE II) Troubles de la personnalité associés ? Non  Oui  **Si oui**, précisez: \_\_\_\_\_  
 Problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme associés ou problèmes de jeu ? Non  Oui  **Si oui**, précisez: \_\_\_\_\_

AXE III) Maladie associée: - diagnostic: \_\_\_\_\_  
 - médicaments prescrits: \_\_\_\_\_

AXE IV) Stresseurs psychosociaux associés (dans les 12 derniers mois):  
 Problèmes personnels ou interpersonnels  Perte d'emploi ou mise à pied  Problèmes professionnels  
 Problèmes conjugaux ou familiaux  Consommation abusive d'alcool ou de drogues, problèmes de jeu ou les deux  
 Autres, précisez: \_\_\_\_\_

AXE V) Échelle générale de fonctionnement (selon l'échelle EGF du DSM IV (0 à 100) 100 = condition parfaite) → Au début du traitement: \_\_\_\_\_ Actuellement: \_\_\_\_\_

**3. Suivi et pronostic**

3.1 Date de la dernière consultation: | Année | Mois | Jour | Prochaine consultation: | Année | Mois | Jour |

3.2 Fréquence du suivi: \_\_\_\_\_

3.3 La patiente sera-t-elle adressée à un psychiatre? Non  Oui  **Si oui**, précisez le nom du médecin: \_\_\_\_\_

3.4 Collaboration de la patiente à son traitement: Excellente  Moyenne  Médiocre

3.5 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.  
 \_\_\_\_\_

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

3.7 Durée approximative de l'incapacité: Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_ indéterminée  ou date de retour au travail | Année | Mois | Jour |

3.8 Dans combien de temps la patiente pourra-t-elle retourner au travail? Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_  
 À temps partiel  À temps plein  Retour progressif  Précisez: \_\_\_\_\_

**4. Autres commentaires**

**5. Identification du médecin**

5.1 Nom, prénom: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_  
 5.2 N° de permis d'exercer: \_\_\_\_\_ Télécopieur: \_\_\_\_\_  
 Omnipraticien  Spécialiste  Précisez: \_\_\_\_\_  
 Signature: \_\_\_\_\_ Date: | Année | Mois | Jour |

**NOTE: LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE**