

**Votre patient est dans l'incapacité de travailler en raison d'un accident ou de l'une des conditions musculaire ou ligamentaire énumérées ci-après.** Les renseignements fournis doivent être complets afin de permettre à l'Assureur de déterminer si les modalités de la police s'appliquent ou non. Cette déclaration peut être envoyée à l'Assureur par la poste ou remise à votre patient, selon le choix du médecin. **Votre patient est responsable des frais engagés pour remplir le formulaire.**

Patient - Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : | - j - | - m - | - a - - |

### 1. CAUSE DE L'INVALIDITÉ

#### A. Accident

S'agit-il d'un accident?  Oui  Non Si oui, d'un accident : de travail  d'automobile  autre

Si « Non », veuillez vous référer à la partie B.

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

Circonstances de l'accident : \_\_\_\_\_

#### B. Condition musculaire ou ligamentaire

Est-ce que votre patient souffre de l'une des conditions musculaire ou ligamentaire suivantes? Si oui, veuillez cocher la condition appropriée.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blessure de la coiffe des rotateurs | <input type="checkbox"/> Élongation         | <input type="checkbox"/> Ligamentite                |
| <input type="checkbox"/> Bursite                             | <input type="checkbox"/> Entorse            | <input type="checkbox"/> Syndrome du canal carpien  |
| <input type="checkbox"/> Capsulite                           | <input type="checkbox"/> Épicondylite       | <input type="checkbox"/> Syndrome du canal tarsien  |
| <input type="checkbox"/> Chondromalacie                      | <input type="checkbox"/> Fasciite palmaire  | <input type="checkbox"/> Syndrome fémoro-patellaire |
| <input type="checkbox"/> Contusion                           | <input type="checkbox"/> Fasciite plantaire | <input type="checkbox"/> Tendinite                  |
| <input type="checkbox"/> Costochondrite                      |   | <input type="checkbox"/> Ténosynovite               |

Précisez le membre ou la région articulaire : \_\_\_\_\_

Dans quelles circonstances est apparue la condition précitée: \_\_\_\_\_

C. Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection similaire ?  Oui  Non Si oui, veuillez préciser les points ci-dessous

Diagnostic	Date	Traitement

### 2. HISTORIQUE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

A. Date de l'accident ou de l'apparition des premiers symptômes : | - j - | - m - | - a - - |

B. Date à laquelle le patient est devenu inapte au travail  
du point de vue médical en raison de sa condition : | - j - | - m - | - a - - |

C. Date de la première visite associée à sa condition actuelle : | - j - | - m - | - a - - |

D. Date de la toute dernière visite : | - j - | - m - | - a - - |

### 3. SYMPTÔMES

A. Description des symptômes et gravités : \_\_\_\_\_

B. Constatations objectives cliniques, résultats de(s) test(s) effectué(s) lors de l'enquête (radiographies, tests de laboratoire, etc.)

C. Votre patient est-il : Alité  Confiné à la maison  Hospitalisé

D. S'il a été hospitalisé, indiquez la période : Du | - j - | - m - | - a - - | Au | - j - | - m - | - a - - |

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Raison(s) : \_\_\_\_\_

#### 4. LIMITATIONS

A. Décrivez les limitations fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.

Au début de l'invalidité	Actuellement

#### 5. TRAITEMENTS

A.

Date(s)	Genre de traitement actuel ou prévu (médicament(s), physiothérapie, tests, chirurgie, etc.)	Fréquence(s), etc.

B. Est-ce que le patient suit le traitement recommandé? Oui

Non

Si oui, de quelle façon?

Si non, veuillez préciser

---

---

---

C. Autre(s) praticien(s) consulté(s) ou référé(s) au sujet de l'invalidité actuelle

Nom(s)	Spécialité(s)	Date(s)

#### 6. PRONOSTIC

L'état du patient :  s'est stabilisé  s'est amélioré

est demeuré inchangé

s'est détérioré

Quel est le pronostic de guérison?

---

#### 7. DEGRÉ D'INVALIDITÉ

SA PROFESSION OU SON TRAVAIL?

AUTRE PROFESSION OU TRAVAIL?

A. Le patient est-il totalement incapable d'exercer :

OUI  NON

OUI  NON

B. Si non, quand aurait-il pu reprendre l'exercice de :

| - j - | - m - | - a - |

| - j - | - m - | - a - |

C. Si oui, quand pourra-t-il reprendre l'exercice de :

| - j - | - m - | - a - |

| - j - | - m - | - a - |

D. Si la date est indéterminée, nombre de semaines ou de mois additionnels nécessaires avant la reprise de sa profession ou son travail :

[ ] SEMAINES

[ ] MOIS

#### RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

##### IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

(en lettres moulées)

Télécopieur : \_\_\_\_\_

N° de permis : \_\_\_\_\_  Omnipraticien  Spécialiste, précisez : \_\_\_\_\_

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

#### L'Excellence, compagnie d'assurance vie

5055 boul. Métropolitain Est, bureau 202, Montréal QC H1R 1Z7

Téléphone : 514 327-0020 | 1 800 465-5818

Télécopieur : 514 327-9313 | 1 877 327-9313

reclamations@jaexcellence.com

CODE PRODUIT

11-2015