



Déclaration du médecin traitant (mesures d'adaptation au travail)

(Formulaire médical)

SECTION À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé _____ (Nom de famille et prénom au complet) Numéro de téléphone _____

Adresse _____
(Numéro et rue) (App.) (Ville) (Province) (Code postal)

Date de naissance : _____ Langue : ☐ A ☐ F ☐ Autre
Jour Mois Année

J'ai accès à une imprimante et je peux imprimer tous les formulaires médicaux requis : ☐ OUI ☐ NON Adresse courriel : _____

Nature de l'accommodement demandé par l'employé (veuillez être précis) :

AUTORISATION

1. Je, _____, consens à la communication orale, écrite ou électronique et à l'échange d'information concernant mes restrictions et limitations médicales entre Acclaim Gestion d'invalidité (Acclaim), tout évaluateur indépendant, agent et consultant agissant au nom d'Acclaim, le payeur de mes prestations d'invalidité de longue durée et ses fournisseurs, tout professionnel de la santé, médecin agréé, médecin praticien, hôpital, clinique, établissement médical ou de santé connexe, fournisseur de services de réadaptation ou tout autre organisme, institut ou personne qui possède des dossiers ou des rapports relatifs à ma santé et à ma réadaptation. Cela se rapporte à mon absence actuelle du travail et/ou à l'aiguillage actuel vers Acclaim pour des services de gestion de l'invalidité et peut inclure les résultats des consultations ou des évaluations obtenues au cours du processus de service. Je comprends que la communication et l'information susmentionnées, en tout ou en partie, et les recommandations qui en découlent et qui ont trait à mes capacités ou à mes limites dans l'exercice de mes fonctions (à l'exclusion des références spécifiques au diagnostic ou aux renseignements personnels connexes) peuvent être communiquées à CI Financial (la « Société »).

2. Le rôle d'Acclaim dans la prestation de services de gestion de l'invalidité consiste à soutenir les employés tout au long de leur demande de prestations d'invalidité et à fournir de l'aide pendant la planification du retour au travail.

3. Je reconnais et comprends qu'en cas de différend avec CI Financial y compris la remise d'une mise en demeure, un litige, un grief, une réclamation en vertu de toute loi en matière de droits de la personne ou de l'emploi ou tout motif de recours, de réclamation ou de demande contre CI Financial, Acclaim peut fournir à CI Financial un exemplaire de l'intégralité de mon dossier d'invalidité, y compris toutes les notes de cas, les rapports médicaux et tout autre document médical qu'il contient.

Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation a la même portée juridique que l'originale.

Le présent consentement est valide jusqu'à ce que je reprenne mes heures et mes fonctions complètes au travail, jusqu'à ce que ou à moins que ma relation d'affaires avec la Société soit officiellement rompue. Nonobstant ce qui précède, y compris la cessation officielle de mon emploi auprès de la Société, la clause 3 du présent consentement survivra et restera en vigueur. Ce consentement peut être retiré à tout moment par un avis écrit envoyé à Acclaim.

DATÉ À _____ CE _____ JOUR DE _____ DE L'ANNÉE _____.

Nom de l'employé : _____

Signature de l'employé : _____

Adresse de l'employé : _____

SECTION À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Il incombe au patient d'acquitter les frais qui peuvent être exigés pour remplir le présent formulaire, sauf si la loi l'interdit. Veuillez remettre le formulaire rempli à votre patient.

Il incombe à l'employé de fournir des renseignements médicaux objectifs pour valider la demande d'accommodement du travail. **Afin d'éviter les retards de traitement, ce formulaire doit être dûment rempli par l'employé et le médecin traitant et retourné à Acclaim dans les 14 jours suivant la demande d'accommodement du travail de l'employé.** Remarque : Il incombe au patient d'acquitter les frais qui peuvent être exigés pour remplir le présent formulaire, sauf si la loi l'interdit.

Nature de la maladie ou blessure nécessitant un accommodement: _____

Date du début de la maladie ou de la blessure : _____ Date de l'examen par le médecin : _____

Date de l'évaluation la plus récente faite par un spécialiste pour un problème de santé lié à la demande d'accommodement : _____

Existe-t-il actuellement un plan de traitement médical? ☐ Oui ☐ Non Si non, pourquoi? _____

L'employé respecte-t-il le plan de traitement prescrit/recommandé? ☐ Oui ☐ Non

Votre patient est-il également suivi par un spécialiste? ☐ Oui ☐ Non

Si NON, pourquoi pas?

Un rendez-vous de suivi avec le spécialiste concerné est-il prévu? Si oui, veuillez indiquer la date : _____

Recommandations du spécialiste concernant les restrictions/capacités liées au travail :

Veuillez fournir des preuves cliniques objectives (y compris les résultats de radiographies, la tension artérielle, les données de laboratoire et tout autre résultat clinique pertinent) et les antécédents médicaux relatifs à l'état de santé actuel :

REMARQUE : Veuillez fournir toutes les notes cliniques et tous les rapports médicaux (y compris les rapports de spécialistes et les tests de diagnostic disponibles dans le dossier) relatifs au problème de santé nécessitant un accommodement.

Durée prévue de la période pendant laquelle les modifications seront nécessaires : _____

Si l'incapacité est liée à une grossesse, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement _____.

Jour Mois Année

Je vois le patient chaque _____ (jour, semaine, etc.) Date de l'examen le plus récent _____

Jour Mois Année

Le patient a-t-il déjà souffert d'un problème de santé similaire? ☐ Oui ☐ Non Si oui, indiquez à quel moment et fournissez une description :

CAPACITÉS FONCTIONNELLES :

Marche (en continu) : ☐ jusqu'à 30 min; ☐ jusqu'à 1 heure; ☐ aucune restriction; ☐ Autre (p. ex., terrain inégal) _____

Debout (en continu) : ☐ jusqu'à 30 min; ☐ jusqu'à 1 heure; ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____

Assis (en continu) : ☐ jusqu'à 30 min; ☐ jusqu'à 1 heure; ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____

Soulever du sol à la taille : ☐ jusqu'à 20 lb; ☐ jusqu'à 30 lb; ☐ jusqu'à 40 lb; ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____

Soulever de la taille aux épaules: ☐ jusqu'à 20 lb; ☐ jusqu'à 30 lb; ☐ jusqu'à 40 lb; ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____

Transporter: ☐ jusqu'à 20 lb; ☐ jusqu'à 30 lb; ☐ jusqu'à 40 lb; ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____

Pousser/tirer: ☐ jusqu'à 20 lb; ☐ jusqu'à 30 lb; ☐ jusqu'à 40 lb; ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____

Nom de l'employé :

CI Financial

Monter les escaliers: ☐ incapable ☐ 2 - 3 marches seulement; ☐ à son propre rythme ☐ avec aide ☐ aucune restriction

Monter une échelle: ☐ incapable ☐ 2 - 3 marches seulement; ☐ à son propre rythme ☐ avec aide ☐ aucune restriction

Capacité à conduire: ☐ jusqu'à 2 heures ☐ jusqu'à 4 heures; ☐ aucune restriction ☐ autre _____

Capacité à faire fonctionner de la machinerie lourde: ☐ jusqu'à 2 heures ☐ jusqu'à 4 heures; ☐ aucune restriction ☐ autre _____

L'employé est : ☐ Gaucher ☐ Droitier ☐ Ambidextre

Capacité limitée à utiliser la main **gauche** pour : ☐ tenir des objets ; ☐ agripper; ☐ taper; ☐ écrire

Capacité limitée à utiliser la main **droite** pour : ☐ tenir des objets ; ☐ agripper; ☐ taper; ☐ écrire

Incapacité totale d'utiliser la main **gauche** pour : ☐ tenir des objets ; ☐ agripper; ☐ taper; ☐ écrire

Incapacité totale d'utiliser la main **droite** pour : ☐ tenir des objets ; ☐ agripper; ☐ taper; ☐ écrire

Nombre d'heures par jour: ☐ 4 heures ☐ 6 heures ☐ 8 heures ☐ 10 heures ☐ 12 heures ☐ aucune restriction

CAPACITÉS COGNITIVES :

Pressions liées aux délais: ☐ capacité limitée ☐ incapacité d'exercer ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____

Attention: ☐ capacité limitée ☐ incapacité d'exercer ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____

Mémoire: ☐ capacité limitée ☐ incapacité d'exercer ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____

Raisonnement: ☐ capacité limitée ☐ incapacité d'exercer ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____

Résolution de problèmes: ☐ capacité limitée ☐ incapacité d'exercer ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____

Autres limitations évaluées cliniquement : _____

Si la nature du problème de santé est psychologique ou de santé mentale, veuillez indiquer si les critères de la CIM -10- MC ou du DSM 5 ont été évalués :

☐ Oui ☐ Non

Veuillez préciser les limitations fonctionnelles ou les restrictions cognitives qui affectent la capacité de votre patient à accomplir ses tâches professionnelles habituelles, en ce qui a trait à la demande d'accommodement indiquée par votre patient sur ces formulaires.

Y a-t-il des accommodements que l'employeur de votre patient pourrait mettre en place pour l'aider à gérer son problème de santé?

Prognostic

Est-il prévu que cet employé se rétablisse de ce problème de santé et retrouve sa pleine capacité fonctionnelle? ☐ Oui ☐ Non

Si non, quels sont les facteurs qui affectent les progrès de votre patient?

Cet employé a-t-il atteint un rétablissement médical maximal pour ce problème de santé? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, existe-t-il des rapports de spécialistes pour étayer un rétablissement médical maximal? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez inclure le(s) rapport(s).

Date prévue du retour au travail avec des heures et des tâches complètes _____ Prochain rendez-vous: _____
Jour Mois Année Jour Mois Année

Commentaires additionnels :

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT

AVIS AU MÉDECIN : *Tout renseignement que vous fournissez à **Acclaim Gestion d'invalidité** concernant cette réclamation peut être divulgué au demandeur ou aux personnes autorisées par cette personne à recevoir de tels renseignements à moins que vous ne nous informiez par écrit qu'il existe une forte probabilité qu'une telle divulgation ait un effet négatif important sur la santé du demandeur ou qu'elle porte préjudice à un tiers.*

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Télécopieur : _____

Signature : _____ Spécialité : _____ Date : _____