

Formulaire d'accès à l'information médicale



Renseignements personnels

Nom	Prénom	No de l'employé/e	No de téléphone personnel ()
Adresse	Ville	Province	Code postal

Renseignements des services de santé professionnelle

Gestionnaire de cas	Médecin-conseil		
Adresse	Ville	Province	Code postal
No de téléphone ()	No de télécopieur ()		

Déclaration du médecin traitant

1. Historique de la maladie courante ou de l'accident de l'employé/e		Date de la première journée d'absence (jj/mm/aa)
2. Antécédents pertinents Oui / / Non / /		
3a. Symptômes et problèmes physiques spécifiques	3b. Veuillez indiquer les raisons qui pourraient entraver un retour au travail ponctuel et en toute sécurité	
4. Diagnostics a) b) c) d)	S'il s'agit d'un diagnostic psychologique, veuillez fournir le diagnostic DSM IV Axe 1 Diagnostic : Axe 2 Personnalité : Axe 3 Médical : Axe 4 Famille : Lié au travail : Autre : Axe 5 Score EGF :	
5. Examens prescrits avec résultats		
6. Décrivez les traitements actuels ou futurs y compris physiothérapie / chiropraxie / médicaments / consultations psychosociales etc.		
7. Spécialiste à consulter : Nom du spécialiste (en caractères d'imprimerie svp)		Date du rendez-vous (jj/mm/aa)
8. Le rétablissement total est-il envisagé ? Oui / / Non / /		
9. Les tâches modifiées ou transitoires pourraient-elles aider à la guérison ? Oui / / Non / /	Si oui, à quelle date pourraient-elles commencer ? jj mm aa	Si non, veuillez détailler les raisons
10. Veuillez faire la liste des limitations et recommandations médicales à prendre lorsque l'employé/e reviendra au travail		Date du retour au travail régulier (jj/mm/aa)

Nom du médecin (en lettres moulées svp)			
Adresse	Ville	Province	Code postal
No de téléphone ()	No de télécopieur ()	Courriel	
Signature du médecin			Date (jj/mm/aa)

**Envoyez votre facture annexé au formulaire complété à l'attention du gestionnaire de cas de la Financière Manuvie.
Vous serez remboursé pour vos services en fonction des lignes directrices de votre association médicale provinciale.**

Consentement (à être complété par l'employé(e))

Je vous autorise, par la présente, à donner les renseignements médicaux spécifiquement contenus dans ce formulaire à la Financière Manuvie afin de clarifier ma condition médicale courante en ce qui concerne mon travail à Postes Canada

J'autorise la Financière Manuvie ainsi que ses prestataires de services (collectivement "Manuvie") à recueillir, utiliser et conserver mon information personnelle dans un but d'administration et de vérification du programme de gestion d'invalidité pour Postes Canada, ainsi que l'évaluation, investigation et gestion de ma réclamation.

J'autorise Manuvie à échanger avec mon employeur, le statut de ma réclamation, des renseignements sur mes limitations fonctionnelles, les restrictions et obstacles à mon retour au travail dans le but de déterminer la durée prévue des mes limitations fonctionnelles et de mon absence du travail, et faciliter mon retour au travail.

Signature de l'employé/e	Nom de l'employé/e (en lettres moulées svp)	Date (jj/mm/aa)
--------------------------	---	-----------------