



Rapport médical pour une prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada

Instructions à l'intention du demandeur/patient - Veuillez lire attentivement

Un formulaire de demande et un rapport médical sont requis pour que Service Canada examine votre admissibilité à la prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC).

Vous (le demandeur) devez :

- ✓ remplir le formulaire **Demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (ISP1151)** qui se trouve à l'adresse suivante : www.canada.ca/edsc-formulaires.
- ✓ remplir la **Section 1 et la Section 2** du présent **Rapport médical**.
- ✓ inscrire votre numéro d'assurance sociale au haut de chacune des pages du présent **Rapport médical**.

Votre médecin ou infirmier praticien doit remplir les sections 3 à 9 du **Rapport médical**, le signer et l'envoyer à Service Canada.

N'ATTENDEZ PAS que votre médecin ou infirmier praticien ait rempli le **Rapport médical** avant d'envoyer votre demande de prestations d'invalidité, dûment remplie, à Service Canada. La date à laquelle Service Canada reçoit votre demande peut influencer sur la date de début de vos prestations.

Service Canada vous aidera à payer les coûts du **Rapport médical** en versant jusqu'à 85\$ directement à votre médecin ou infirmier praticien. Vous devez assumer les frais excédentaires.

Section 1 - Renseignements à votre sujet

Numéro d'assurance sociale		Langue de préférence <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais		À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU Timbre dateur
Facultatif : <input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Mlle				
Prénom		Second prénom Nom de famille		
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Nom de famille à la naissance (si différent de celui ci-dessus)			
Adresse postale (numéro, rue, app., CP, RR), Ville, Province/territoire, Pays (si autre que le Canada), Code postal				
Numéro de téléphone		Autre numéro de téléphone		
Le meilleur moment pour que Service Canada vous appelle <input type="radio"/> avant-midi <input type="radio"/> après-midi <input type="radio"/> veuillez ne pas appeler, envoyez des lettres seulement				

Section 2 - Consentement autorisant Service Canada à obtenir des renseignements personnels

Le formulaire de consentement autorisant Service Canada à obtenir des renseignements personnels doit être rempli et retourné avec le rapport médical. Votre médecin ou infirmier praticien peut en conserver une copie pour ses dossiers.

Service Canada est autorisé, en vertu des articles 68 et 69 du *Règlement sur le Régime de pensions du Canada*, à recevoir des renseignements personnels (de nature médicale ou autre) à votre sujet afin de déterminer si vous êtes admissible ou continuez d'être admissible aux prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC). Votre autorisation de permettre à Service Canada d'obtenir ces renseignements est indispensable, si Service Canada doit les demander auprès des personnes et organismes énumérés ci-dessous.

Par la présente, j'autorise Service Canada à obtenir des renseignements personnels à mon sujet qui permettront de déterminer si je suis admissible ou toujours admissible aux prestations d'invalidité du RPC. Pour cette raison, Service Canada peut communiquer avec les personnes ou organismes suivants, au besoin :

- médecins, infirmiers praticiens, spécialistes consultants ou d'autres professionnels des soins de santé;
- établissements d'enseignement ou autres organismes professionnels;
- mon comptable ou aide-comptable pour des renseignements sur le travail autonome;
- ministères et organismes centraux des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et administrations municipales;
- commissions provinciales ou territoriales des accidents du travail;
- institutions financières (pour vérifier l'adresse uniquement);
- établissements médicaux ou hôpitaux;
- administrateurs de régimes d'assurance;
- employeurs, anciens employeurs;
- organismes en action bénévole;
- employés (pour les travailleurs autonome).

Remarque : Tout oubli de cocher l'une des options ci-dessous pourrait entraîner des retards dans le traitement de votre demande.

☒ **J'autorise** Service Canada à obtenir des renseignements médicaux et personnels à mon sujet auprès de toutes les personnes et de tous les organismes indiqués ci-dessus. Je comprends que ces renseignements peuvent contribuer à déterminer si je suis admissible ou toujours admissible aux prestations d'invalidité du RPC.

☐ **Je n'autorise pas** Service Canada à obtenir des renseignements médicaux et personnels à mon sujet auprès de toutes les personnes et de tous les organismes indiqués ci-dessus.

En refusant de donner mon consentement, je comprends que Service Canada :

- prendra sa décision d'après les renseignements figurant dans mon dossier;
- peut cesser de me verser des prestations si j'en reçois déjà;
- peut exiger que je fournisse les renseignements nécessaires.

Signature du demandeur ou du représentant autorisé

Date (AAAA-MM-JJ)

X _____

À remplir par un témoin uniquement si le demandeur signe avec une marque (p. ex. X).

J'ai lu le contenu du présent formulaire au demandeur qui a semblé le comprendre entièrement et qui y a apposé sa marque en ma présence.

Prénom du témoin (lettres moulées)	Second prénom	Nom de famille	Numéro de téléphone
Signature du témoin			Date (AAAA-MM-JJ)
X _____			

La présente autorisation signée est valide pendant **trois ans** maximum, sauf si vous l'annulez par écrit. Service Canada a besoin de votre signature originale, mais nous utiliserons une photocopie et la considérerons aussi valide que l'original lorsque nous demanderons des renseignements personnels des personnes et des organisations énumérées ci-dessus.

Les Sections 3 à 9 doivent être remplies par le médecin ou l'infirmier praticien

Instructions

Votre patient demande des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC). Pour nous aider à déterminer s'il y est admissible, veuillez remplir le présent formulaire en son nom. Prenez note que nous pourrions communiquer avec vous si nous avons besoin de renseignements supplémentaires.

En vertu de la loi sur le Régime de pensions du Canada, il incombe à Service Canada de décider si une personne est invalide au sens du Régime de pensions du Canada. Selon les dispositions législatives régissant le RPC, pour être admissible aux prestations d'invalidité, une personne doit souffrir d'une invalidité mentale et/ou physique à la fois **grave et prolongée** ;

- **Grave**, en ce sens que la personne est atteinte d'une invalidité mentale et/ou physique qui l'empêche d'exercer, de façon régulière, un emploi ou une occupation véritablement rémunératrice ; **et**
- **Prolongée**, en ce sens que l'invalidité est à long terme et dont la durée est indéterminée **ou** qui entraînera vraisemblablement le décès.

L'application du critère juridique relatif au RPC vise à déterminer s'il existe une déficience médicale et à évaluer l'employabilité. Autrement dit, l'invalidité grave et prolongée empêche-t-elle la personne de travailler régulièrement à n'importe quel emploi? Pour déterminer si le prestataire satisfait au critère juridique applicable en matière d'invalidité, Service Canada examine l'effet combiné des éléments suivants :

- les conclusions médicales objectives ;
- les limitations fonctionnelles, telles qu'elles ont été signalées à la fois par le patient et le professionnel de la santé ; **et**
- l'âge de la personne, ses études et ses antécédents professionnels.

Accès aux renseignements personnels

Conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, à la réception d'une demande écrite faite par le demandeur, Service Canada a l'obligation de fournir au demandeur ou à son représentant tous les renseignements au dossier, y compris les rapports médicaux (Fichier de renseignements personnels EDSC PPU 146). Pour en savoir plus au sujet de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, vous pouvez consulter Info Source sur le site **www.infosource.gc.ca**.

Rémunération

En guise de compensation pour le temps que vous avez consacré à remplir le rapport, Service Canada vous versera directement un montant allant jusqu'à 85\$. Pour assurer la rapidité du paiement, veuillez insérer le rapport dûment rempli et votre facture dans l'enveloppe fournie et nous la retourner le plus tôt possible.

Assurez-vous d'inscrire sur votre facture le nom du patient, son adresse et son numéro d'identification. Aux fins du calcul de l'impôt sur le revenu, votre facture doit également comprendre l'un des éléments suivants :

- votre numéro d'entreprise (NE) ; **ou**
- votre numéro de taxe sur les produits et services (TPS)/taxe de vente harmonisée (TVH) ; **ou**
- votre numéro d'assurance sociale (NAS).

Votre facture ne sera pas traitée sans les numéros appropriés.

Si vous ne fournissez pas les renseignements mentionnés ci-dessus, vous et/ou Service Canada êtes passibles d'une amende conformément au paragraphe 221(1) de la *Loi sur l'impôt sur le revenu*.

Soumission du Rapport médical

Veuillez faire parvenir le rapport rempli directement à Service Canada. Si vous envoyez le rapport au nom de votre patient, veuillez l'en aviser.

Un retard à remplir ce Rapport médical pourrait se traduire par le rejet de la demande de votre patient en raison du manque de renseignements médicaux.

Pour toute question, veuillez communiquer avec Service Canada au 1-800-277-9915 (utilisateurs d'un ATS : 1-800-255-4786).

Vous pouvez conserver une copie du formulaire de **Consentement autorisant Service Canada à obtenir des renseignements personnels (Section 2)** pour vos dossiers, mais vous devez nous faire parvenir l'original accompagné du **Rapport médical** rempli. Si une signature originale est exigée, vous trouverez le formulaire (ISP2502) à l'adresse suivante : **www.canada.ca/edsc-formulaires**.

Section 3 - Durée de la relation avec le patient

Les renseignements suivants permettront à Service Canada de confirmer l'exhaustivité des antécédents médicaux figurant au dossier du patient.

Depuis combien d'années traitez-vous le patient?

☐ 1 an ou moins ☐ 1 à 2 ans ☐ 3 à 4 ans ☐ 5 ans ou plus

Nombre de fois où vous avez vu le patient au cours des 12 derniers mois : _____

Date de la dernière visite (AAAA-MM-JJ) : _____

Date à laquelle vous avez commencé à traiter le patient pour son état pathologique principal (AAAA-MM-JJ) : _____

Section 4 - Traitement accéléré en cas de maladie en phase terminale ou d'état pathologique grave

Cette section doit être remplie **UNIQUEMENT** si le patient a reçu un diagnostic de maladie en phase terminale ou d'état pathologique grave parmi les états pathologiques graves énumérés à l'**Annexe A**. Si votre patient n'est pas atteint d'une maladie en phase terminale ou d'un état pathologique grave, passez à la **Section 5 - États pathologiques, déficiences, limitations fonctionnelles et traitement**.

Les demandes reçues de la part de patients atteints d'une maladie en phase terminale ou d'un état pathologique grave sont traitées en priorité. Dans ces cas, lorsque nous recevons une demande complète, y compris le **Rapport médical**, notre objectif est de déterminer l'admissibilité du patient aux prestations d'invalidité du RPC dans un délai de 5 jours ouvrables, si le demandeur est atteint d'une maladie en phase terminale, ou dans un délai de 30 jours civils si le demandeur est atteint d'un état pathologique grave.

Est-ce que votre patient est atteint :

- a) **d'une maladie en phase terminale** - Dans le cadre du RPC, phase terminale est définie comme un état de maladie qui ne peut pas être guérie ou traitée adéquatement et qui pourrait vraisemblablement entraîner le décès au cours d'une période de six mois.

☐ Oui (veuillez fournir des précisions ci-dessous)

Diagnostic	Code CIM-9-MC (XXX.X)	Date de l'apparition des symptômes (AAAA-MM)

Si le patient souffre d'autres problèmes de santé (pas en phase terminale) qui l'empêchent de travailler régulièrement à n'importe quel emploi, veuillez les décrire à la **Section 5 - États pathologiques, déficiences, limitations fonctionnelles et traitement**. Sinon, veuillez passer à la **Section 6 - Situation d'emploi du patient**.

OU

- b) **d'un état pathologique grave** - Dans le cadre du RPC, état pathologique grave est défini comme un trouble médical faisant partie de la liste des états pathologiques graves et à progression rapide présentés à l'**Annexe A**.

☐ Oui (veuillez fournir des précisions dans la **Section 5 - États pathologiques, déficiences, limitations fonctionnelles et traitement**)

Section 5 - États pathologiques, déficiences, limitations fonctionnelles et traitement

Cette section vise à recueillir des renseignements sur les problèmes de santé et les répercussions connexes sur les capacités fonctionnelles du patient et l'évolution prévue de la maladie.

Voir l'annexe B pour des exemples de limitations fonctionnelles et l'annexe C pour des exemples sur comment remplir cette section.

Section 5 - États pathologiques, déficiences, limitations fonctionnelles et traitement

Veuillez utiliser une page par état pathologique et les inscrire par ordre d'importance.

Taille du patient (centimètres) :		Poids du patient (kilogrammes) :	
État pathologique :			
Code CIM-9-MC (XXX.X) :			
Date de l'apparition des symptômes (AAAA-MM) :			
Déficiency(s) :			
Limitations fonctionnelles :			
Pronostic L'état de santé devrait vraisemblablement : <input type="radio"/> s'améliorer <input type="radio"/> se détériorer <input type="radio"/> demeurer le même <input type="radio"/> inconnu*			
Durée prévue : <input type="radio"/> moins d'un an <input type="radio"/> plus d'un an			
Fréquence : <input type="radio"/> récurrente/épisode <input type="radio"/> continue <input type="radio"/> inconnu*			
Médicament, dose et fréquence	Date de début réelle/proposée (AAAA-MM)	Date de fin réelle/prévue (AAAA-MM)	Réaction (p. ex. efficacité et effets secondaires et autres commentaires)
Type et fréquence d'autres traitement(s)	Date de début réelle/proposée (AAAA-MM)	Date de fin réelle/prévue (AAAA-MM)	Réaction (p. ex. efficacité et effets secondaires et autres commentaires)

* Si le pronostic et/ou la fréquence sont inconnus, veuillez expliquer pourquoi à la **Section 7 - Autres renseignements pertinents**.

Section 5 - États pathologiques, déficiences, limitations fonctionnelles et traitement

État pathologique :

Code CIM-9-MC (XXX.X) :

Date de l'apparition des symptômes (AAAA-MM) :

Déficiência(s) :

Limitations fonctionnelles :

Pronostic

L'état de santé devrait vraisemblablement : ☐ s'améliorer ☐ se détériorer ☐ demeurer le même ☐ inconnu*

Durée prévue : ☐ moins d'un an ☐ plus d'un an

Fréquence : ☐ récurrente/épisode ☐ continue ☐ inconnu*

Médicament, dose et fréquence	Date de début réelle/proposée (AAAA-MM)	Date de fin réelle/prévue (AAAA-MM)	Réaction (p. ex. efficacité et effets secondaires et autres commentaires)
Type et fréquence d'autres traitement(s)	Date de début réelle/proposée (AAAA-MM)	Date de fin réelle/prévue (AAAA-MM)	Réaction (p. ex. efficacité et effets secondaires et autres commentaires)

* Si le pronostic et/ou la fréquence sont inconnus, veuillez expliquer pourquoi à la **Section 7 - Autres renseignements pertinents**.

Section 5 - États pathologiques, déficiences, limitations fonctionnelles et traitement

État pathologique :

Code CIM-9-MC (XXX.X) :

Date de l'apparition des symptômes (AAAA-MM) :

Déficiency(s) :

Limitations fonctionnelles :

PronosticL'état de santé devrait vraisemblablement : ☐ s'améliorer ☐ se détériorer ☐ demeurer le même ☐ inconnu*Durée prévue : ☐ moins d'un an ☐ plus d'un anFréquence : ☐ récurrente/épisode ☐ continue ☐ inconnu*

Médicament, dose et fréquence	Date de début réelle/proposée (AAAA-MM)	Date de fin réelle/prévue (AAAA-MM)	Réaction (p. ex. efficacité et effets secondaires et autres commentaires)
Type et fréquence d'autres traitement(s)	Date de début réelle/proposée (AAAA-MM)	Date de fin réelle/prévue (AAAA-MM)	Réaction (p. ex. efficacité et effets secondaires et autres commentaires)

* Si le pronostic et/ou la fréquence sont inconnus, veuillez expliquer pourquoi à la **Section 7 - Autres renseignements pertinents**.

Pour inscrire d'autres états pathologiques, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

Section 6 - Situation d'emploi du patient

Cette section vise à recueillir des renseignements en vue d'évaluer les restrictions actuelles et futures probables relativement à la capacité de travailler du patient.

1. Avez-vous recommandé à votre patient d'arrêter de travailler?

- ☐ Oui, j'ai recommandé que le patient cesse de travailler à compter du (date) : _____ (AAAA-MM-JJ)
- ☐ Non
- ☐ Ce point n'a pas été abordé

Si vous avez indiqué que votre patient est atteint d'une maladie en phase terminale, ne remplissez pas cette section.

2. D'un point de vue strictement médical, vous attendez-vous à ce que le patient reprenne **n'importe quel type d'emploi à l'avenir?**

- ☐ Oui (veuillez répondre aux questions 3 et 4 ci-dessous)
- ☐ Non (passez à la **Section 7**)
- ☐ Inconnu (passez à la **Section 7**)

3. Dans l'affirmative, veuillez indiquer **quand** vous vous attendez à ce que le patient reprenne le travail :

- ☐ Dans 6 à 12 mois ☐ Dans 12 à 24 mois ☐ Dans plus de 24 mois ☐ Inconnu

4. Dans l'affirmative, veuillez indiquer **le type de travail** que votre patient devrait être en mesure d'effectuer :

- ☐ Travail habituel ☐ Travail modifié ☐ Autre type de travail qui nécessitera de la formation
- ☐ Autres : _____

Section 7 - Autres renseignements pertinents

Pour nous aider à évaluer la capacité de travailler actuelle et future du demandeur, veuillez ajouter ci-après toute autre information que vous jugez pertinente (Par exemple: investigations prévues et/ou consultations de spécialistes, raison pour pronostic et/ou fréquence inconnu, etc.).

Section 8 - Documents à l'appui

Si vous disposez de rapports concernant les états pathologiques énoncés à la **Section 4** ou à la **Section 5**, veuillez joindre une copie de ces derniers au présent **Rapport médical**.

Veuillez indiquer le type de rapport que vous joignez :

- ☐ notes cliniques longitudinales
- ☐ rapport d'enquête médicale
- ☐ rapport du spécialiste
- ☐ rapport de congé de l'hôpital
- ☐ autre (veuillez préciser) : _____

Section 9 - Déclaration

Je confirme, au meilleur de ma connaissance, que tous les renseignements que j'ai fournis dans ce rapport sont exacts et complets.

Je suis :

- ☐ médecin généraliste ou médecin certifié en médecine familiale (CCMFC)
- ☐ médecin spécialiste (veuillez préciser) : _____
- ☐ infirmier(e) praticien(ne)
- ☐ infirmier(e) autorisé(e) travaillant dans une communauté géographiquement isolée (pas urbaine ou rurale)

Nom	Adresse postale et numéro de téléphone (veuillez imprimer ou utiliser une étampe)
Signature	
X	
Date (AAAA-MM-JJ)	

Où envoyer le rapport médical rempli

Veuillez envoyer par la poste le **Rapport médical** et les documents à l'appui au bureau de Service Canada **de la province ou du territoire** de résidence du patient (voir la liste des adresses qui se trouve à la page suivante). Veuillez retirer les annexes avant de soumettre le **Rapport médical**.

Patients qui résident actuellement à l'étranger

Veuillez envoyer par la poste le **Rapport médical** rempli au bureau de Service Canada de la dernière province ou du dernier territoire de résidence du patient. En cas de doute, veuillez vérifier auprès du patient. Veuillez retirer les annexes avant de soumettre le **Rapport médical**.



Service
Canada

Bureaux de Service Canada Invalidité

Envoyer vos formulaires au bureau de Service Canada le plus près de chez vous (voir la liste ci-après) :

De l'extérieur du Canada : envoyez vos formulaires au bureau de Service Canada de la province ou du territoire où vous avez résidé en dernier.

Terre-Neuve-et-Labrador

Service Canada
CP 9430 Succursale A
St. John's NL A1A 2Y5
CANADA

Manitoba et Saskatchewan

Service Canada
CP 818 Succursale Main
Winnipeg MB R3C 2N4
CANADA

Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard

Service Canada
CP 1687 Succursale Central
Halifax NS B3J 3J4
CANADA

Alberta, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

Service Canada
CP 2710 Succursale Main
Edmonton AB T5J 2G4
CANADA

Nouveau-Brunswick et Québec

Service Canada
CP 250
Fredericton NB E3B 4Z6
CANADA

Colombie-Britannique et Yukon

Service Canada
CP 1177 Succursale CSC
Victoria BC V8W 2V2
CANADA

Ontario

Service Canada
CP 2020 Succursale Main
Chatham ON N7M 6B2
CANADA

Si vous avez besoin d'aide, appelez-nous.

Canada ou États-Unis : 1-800-277-9915

Tous les autres pays : 613-957-1954 (nous acceptons les appels à frais virés)

ATS : 1-800-255-4786

Important : Ayez votre numéro d'assurance sociale à portée de main lorsque vous appelez.

Annexe A - Liste des états pathologiques graves

La liste suivante des états pathologiques graves et à progression rapide est le fruit de recherches exhaustives menées par Emploi et Développement social Canada (EDSC). Ces états pathologiques entraînent des limitations fonctionnelles marquées et graves qui sont fortement susceptibles de respecter les critères d'admissibilité du Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada et qui peuvent vraisemblablement mener au décès. C'est pourquoi les demandes reçues de la part de patients atteints de l'une des états pathologiques suivants font l'objet d'un traitement accéléré.

- | | |
|---|--|
| 1. Amyloïdose | 22. Démence vasculaire |
| 2. Cancer appendiculaire | 23. Dystrophie musculaire (de l'adulte) |
| 3. Cancer colorectal | 24. Fibrose post inflammatoire du poumon |
| 4. Cancer de l'anus | 25. Fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) |
| 5. Cancer de l'endomètre | 26. Leucémie lymphoblastique aiguë |
| 6. Cancer de l'estomac | 27. Leucémie myéloïde aiguë |
| 7. Cancer de l'œsophage | 28. Lymphome folliculaire |
| 8. Cancer de l'ovaire | 29. Maladie chronique du foie |
| 9. Cancer de la corticosurrénale | 30. Maladie d'Alzheimer précoce (mois de 60 ans) |
| 10. Cancer de la vésicule biliaire | 31. Maladie de Huntington |
| 11. Cancer de la vessie métastatique (stade IV) | 32. Maladie de Parkinson |
| 12. Cancer de cerveau | 33. Maladie rénale chronique (MRC) |
| 13. Cancer du foie | 34. Mélanome malin |
| 14. Cancer du pancréas | 35. Myélome multiple |
| 15. Cancer du poumon | 36. Polyneuropathie progressive |
| 16. Cancer du rein | 37. Quadriplégie et quadriparésie |
| 17. Cancer du sein métastatique ou récidivant | 38. Sarcome de l'utérus |
| 18. Cancer du thymus | 39. Schizophrénie |
| 19. Carcinome du col de l'utérus | 40. Sclérose latérale amyotrophique (SLA) |
| 20. Dégénérescence cérébelleuse primitive | 41. Tumeurs malignes de l'intestin grêle |
| 21. Démence fronto-temporale (DFT) | |

Annexe B - Exemples de limitations fonctionnelles

Capacités physiques

Voici quelques-unes des limitations :

- changer la position du corps (p. ex. s'agenouiller ou s'accroupir)
- maintenir la position du corps (p. ex. rester en position assise ou debout)
- avoir une bonne motricité manuelle (p. ex. tourner un cadran ou une poignée)
- utiliser ses mains et ses bras (p. ex. lancer ou attraper un objet)
- marcher (vers l'avant, l'arrière ou les côtés)
- se mouvoir (p. ex. grimper des obstacles ou courir autour d'obstacles)
- recourir au transport (p. ex. être passager dans un taxi, un autobus ou un métro)
- utiliser un ordinateur (p. ex. regarder un écran d'ordinateur pendant au moins 20 minutes)

Comportements et capacités émotionnelles

Voici quelques-unes des limitations :

- interactions interpersonnelles de base (p. ex. faire preuve de respect et de tolérance)
- interactions interpersonnelles complexes (p. ex. maîtriser ses émotions et ses impulsions)
- entretenir des relations officielles (p. ex. avec des employeurs ou des fournisseurs de services)
- gérer le stress et autres exigences psychologiques

Communication et capacités de réflexion

Voici quelques-unes des limitations :

- avoir une conversation (p. ex. avec des personnes qu'il connaît ou avec des étrangers)
- acquérir de nouvelles compétences (p. ex. apprendre à utiliser un ordinateur ou un outil)
- se concentrer (p. ex. filtrer les sources de distraction et les bruits)
- raisonner (p. ex. organiser ses idées de façon structurée et logique)
- prendre des décisions (p. ex. déterminer les options possibles et faire un choix)
- faible niveau d'alphabétisation
- faibles compétences en numératie

Autres capacités du quotidien

Voici quelques-unes des limitations :

- aller à la toilette
- s'habiller
- s'occuper de sa santé (p. ex. prendre des médicaments tels qu'ils sont prescrits)
- utiliser des appareils de communication (p. ex. un téléphone)
- faire l'acquisition de biens et de services
- maintenir son autonomie économique (p. ex. gérer l'argent)
- faire le ménage
- préparer les repas
- conduire

Annexe C - Exemples pour la Section 5

État pathologique : Maladie, état de la maladie, diagnostic

Code CIM : Classification internationale des maladies - code de diagnostic (version CIM-9-CM).

Déficiences : Toute perte ou anomalie d'une fonction ou d'une structure psychologique ou anatomique.

Limitation fonctionnelle : Restriction dans la réalisation d'activités ou à la participation sociale découlant directement ou indirectement d'une déficience.

Exemple 1			
État pathologique : Discopathie dégénérative de la colonne lombaire Code CIM-9-MC (XXX.X) : 722.5 Date de l'apparition des symptômes (AAAA-MM) : 2008-03			
Déficiences : <ul style="list-style-type: none">- Dégénérescence discale avancée (voir l'imagerie ci-jointe)- Diminution de l'amplitude des mouvements- Diminution de la force- Douleurs marquées et fatigue			
Limitations fonctionnelles : <ul style="list-style-type: none">- Incapacité de rester en position assise ou debout, ou encore de marcher pendant plus de 20 minutes- Incapable de soulever plus de 5 livres			
Pronostic L'état de santé devrait vraisemblablement : <input type="radio"/> s'améliorer <input checked="" type="radio"/> se détériorer <input type="radio"/> demeurer le même <input type="radio"/> inconnu*			
Durée prévue : <input type="radio"/> moins d'un an <input checked="" type="radio"/> plus d'un an			
Fréquence : <input type="radio"/> récurrente/épisode <input checked="" type="radio"/> continue <input type="radio"/> inconnu*			
Médicament, dose et fréquence	Date de début réelle/proposée (AAAA-MM)	Date de fin réelle/prévue (AAAA-MM)	Réaction (p. ex. efficacité et effets secondaires) et autres commentaires
Flexeril 10 mg BID	2018-01	2018-02	Cessé pour troubles gastro-intestinaux et somnolence.
Naprosyn 375 mg BID	2018-02	en cours	Soulagement limité de la douleur pendant deux heures.
Type et fréquence d'autres traitement(s)	Date de début réelle/proposée (AAAA-MM)	Date de fin réelle/prévue (AAAA-MM)	Réaction (p. ex. efficacité et effets secondaires) et autres commentaires
Chirurgie	2017-06		Inefficace à éliminer la douleur; voir les rapports chirurgicaux et IRM ci-joints.
Référé en clinique de la douleur en 2018-01 (liste d'attente de 18 mois)	en attente		

Annexe C - Exemples pour la Section 5

Exemple 2			
État pathologique : Dépression majeure et récurrente Code CIM-9-MC (XXX.X) : 296.3 Date de l'apparition des symptômes (AAAA-MM) : 2010-01			
Déficiences : - Perturbation grave de l'humeur - Émotions labiles - Retard psychomoteur - Fatigue causée par l'insomnie - Gain de poids, 30 livres au cours des derniers 6 mois			
Limitations fonctionnelles : - Difficulté à maintenir sa concentration afin de réaliser des tâches et du respect des délais			
Pronostic L'état de santé devrait vraisemblablement : <input type="radio"/> s'améliorer <input checked="" type="radio"/> se détériorer <input type="radio"/> demeurer le même <input type="radio"/> inconnu*			
Durée prévue : <input type="radio"/> moins d'un an <input checked="" type="radio"/> plus d'un an			
Fréquence : <input checked="" type="radio"/> récurrente/épisode <input type="radio"/> continue <input type="radio"/> inconnu*			
Médicament, dose et fréquence	Date de début réelle/proposée (AAAA-MM)	Date de fin réelle/prévue (AAAA-MM)	Réaction (p. ex. efficacité et effets secondaires) et autres commentaires
Cipralext 10-20 mg	2017-06	2017-12	Début à 10 mg, Augmentation à 15 mg puis à 20 mg sans amélioration.
Pristiq. 50 mg une fois par jour. Deux mois d'essai prévu	2018-01	en cours	Des étourdissements occasionnels et bouche sèche.
Wellbutrin XL 150 mg, deux mois d'essai prévus	2018-01	en cours	
Type et fréquence d'autres traitement(s)	Date de début réelle/proposée (AAAA-MM)	Date de fin réelle/prévue (AAAA-MM)	Réaction (p. ex. efficacité et effets secondaires) et autres commentaires
Psychothérapie (séance mensuelle avec un psychiatre)	2018-01	en cours	Voir ci-joint le rapport du psychiatre.
Counseling en toxicomanie (séance mensuelle avec un travailleur social)	2018-01	en cours	Voir ci-joints les notes cliniques du travailleur social.
Thérapie électro-convulsive			Si la dépression devient résistante aux autres traitements.