

Retournez ce formulaire à :

Demande d'évaluation d'une déficience invalidante (OCF-19)

Formulaire applicable à tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} novembre 1996.

N° de la demande :

N° de police :

Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)

Avis au demandeur :

Vous devez remplir ce formulaire et le remettre à votre assureur automobile si vous désirez établir que vous avez souffert d'une déficience invalidante à la suite de votre accident d'automobile. Les personnes pour lesquelles une déficience invalidante a été déterminée sont admissibles à une prolongation de leur indemnité pour frais médicaux, de réadaptation, de soins auxiliaires et autres. En se fondant sur la présente déclaration, votre assureur peut déterminer si vous souffrez ou non d'une déficience invalidante.

Au professionnel de la santé / à l'établissement :

Consentement : Il revient au professionnel de la santé ou à l'établissement d'assurer que la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements remis sont autorisées par un formulaire de consentement. Les professionnels de la santé / les établissements doivent utiliser le Formulaire de demande de l'Ontario n° 5 (OCF-5) *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux* comme formulaire de consentement, bien que d'autres renseignements et consentements peuvent être nécessaires en fonction de la manière avec laquelle les renseignements sont utilisés et divulgués.

Partie 1 Identification du demandeur (à remplir par le demandeur ou son mandataire)

Nom		Prénom et initiale					
Adresse				Date de l'accident	année	mois	jour
Ville			Province		Code postal		
Téléphone (rés.)	Code régional			Téléphone (travail)	Code régional		

Statut du demandeur :

- Le demandeur réside actuellement dans un hôpital général, dans un centre de réadaptation, dans un centre d'hébergement ou dans un établissement de soins de longue durée.
- Il s'agit de la première demande de détermination d'une déficience invalidante.
- Il s'agit de la deuxième demande de détermination d'une déficience invalidante.

Raison de cette deuxième demande : _____

Je désire faire la demande en vue de déterminer si la déficience dont je souffre depuis mon accident d'automobile est invalidante.

Signature du demandeur ou de son mandataire	Date	année	mois	jour
---	------	-------	------	------

Le reste du formulaire doit être rempli par votre professionnel de la santé.

Partie 2 Identification du professionnel de la santé

Nom			
Établissement			
Adresse			
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone	Code régional	Numéro de télécopieur	Code régional

Type de praticien :

- chiropraticien(ne) dentiste infirmier(ère) physiothérapeute optométriste médecin physiothérapeute psychologue
- orthophoniste praticien(ne)

Connaissance du demandeur

<input type="checkbox"/> Le demandeur est présentement sous mes soins et la dernière consultation remonte à _____ Nombre d'années sous mes soins _____
<input type="checkbox"/> Le demandeur est venu me consulter pour la préparation de cette demande, le _____
<input type="checkbox"/> Le demandeur a déjà été sous mes soins mais n'est plus suivi activement. Date de la dernière consultation _____
<input type="checkbox"/> J'ai vérifié mes dossiers mais n'ai pas retrouvé ce demandeur. Les renseignements les plus pertinents que je possède datent de _____
<input type="checkbox"/> J'ai examiné cette personne _____ fois dans le but d'évaluer une déficience.

Partie 3 Rapport du professionnel de la santé sur une déficience invalidante

Partie 3
Rapport du
professionnel
de la santé
sur une
déficience
invalidant
(suite)

Faites une description de la déficience subie lors de l'accident d'automobile. Utilisez la définition de déficience invalidante pertinente à titre de référence. **Veillez joindre un rapport expliquant la déficience ainsi que vos résultats d'examen.** Si vous êtes en mesure de le faire et le jugez opportun, veuillez vous inspirer du degré d'invalidité tel que défini dans les guides de l'AMA.

Veillez utiliser la définition suivante de déficience invalidante pour remplir le présent formulaire.

Critère 1.

Selon mon évaluation, je crois que les critères suivants s'appliquent au demandeur. Prière de cocher toute définition applicable à une « déficience invalidante ».

- (a) paraplégie ou quadriplégie,
- (b) amputation ou autre déficience entraînant la perte totale et permanente de l'usage des deux bras,
- (c) amputation ou autre déficience entraînant la perte totale et permanente de l'usage d'un bras et d'une jambe,
- (d) perte totale de vision des deux yeux,
- (e) déficience cérébrale qui, à la suite d'un accident, entraîne,
 - (i) une note de 9 ou moins sur l'échelle de coma de Glasgow, telle que publiée dans Jennett, B. et Teasdale, G., *Management of Head Injuries*, Contemporary Neurology Series, Volume 20, F.A. Davis Company, Philadelphia, 1981, selon un test administré par une personne qualifiée dans un délai raisonnable après l'accident, ou
 - (ii) une note de 2 (végétatif) ou 3 (invalidité sévère) sur l'échelle de réaction de Glasgow telle que publiée dans Jennett, B. et Bond, M., *Assessment of Outcome After Severe Brain Damage*, Lancet i: 480, 1975, selon un test administré par une personne qualifiée plus de six mois après l'accident,
- (f) toute déficience ou combinaison de déficiences qui, selon les documents intitulés *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, de l'American Medical Association, représente une déficience à 55 pour cent ou plus de l'ensemble de la personne, ou
- (g) toute déficience qui, selon les documents intitulés *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, de l'American Medical Association, représente une déficience de classe 4 (déficience marquée) ou une déficience de classe 5 (déficience extrême) due à un trouble mental ou du comportement.

Remarque :

Aux fins des clauses (f) et (g) de la définition de « déficience invalidante » du paragraphe (1), une déficience dont est atteinte une personne assurée mais qui ne figure pas dans les *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* de l'American Medical Association, 4^e édition, 1993, sera considérée comme la déficience figurant dans ce document qui est la plus similaire à la déficience dont est atteinte la personne assurée.

Critère 2.

Les clauses (f) et (g) de la définition de « déficience invalidante » ne s'appliquent pas à moins que,

- (a) la personne assurée soit dans un état stable et que cet état ne semble pas devoir s'améliorer avec des traitements, ou
- (b) qu'une période de trois ans se soient écoulée depuis l'accident.

Partie 5
Critères pour les
accidents
survenant le ou
après le
1^{er} octobre 2003

Selon mon évaluation, je crois que les critères suivants s'appliquent au demandeur. Veuillez cocher tous les critères applicables.

Critère 1.

« déficience invalidante »

- (a) paraplégie ou quadriplégie;
- (b) amputation ou autre déficience entraînant la perte totale et permanente de l'usage des deux bras ou des deux jambes;
- (c) amputation ou autre déficience entraînant la perte totale et permanente de l'usage d'un bras ou des deux bras ainsi que d'une jambe ou des deux jambes;
- (d) perte totale de vision des deux yeux;

- (e) déficience cérébrale qui, à la suite d'un accident, entraîne,
 - (i) une note de 9 ou moins sur l'échelle de coma de Glasgow, telle que publiée dans Jennett, B. et Teasdale, G., *Management of Head Injuries*, Contemporary Neurology Series, Volume 20, F.A. Davis Company, Philadelphia, 1981, selon un test administré par une personne qualifiée dans un délai raisonnable après l'accident, ou
 - (ii) une note de 2 (végétatif) ou 3 (invalidité sévère) sur l'échelle de réaction de Glasgow, telle que publiée dans Jennett, B. et Bond, M., *Assessment of Outcome After Severe Brain Damage*, Lancet i: 480, 1975, selon un test administré par une personne qualifiée plus de six mois après l'accident,
- (f) une déficience ou combinaison de déficiences qui, selon les documents intitulés *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, de l'American Medical Association, représente une déficience à 55 pour cent ou plus de l'ensemble de la personne, ou
- (g) une déficience qui, selon les documents intitulés *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, de l'American Medical Association, représente une déficience de classe 4 (déficience marquée) ou une déficience de classe 5 (déficience extrême) due à un trouble mental ou du comportement.

Remarque :

Si une personne assurée est âgée de moins de 16 ans au moment de l'accident et qu'aucune des échelles de l'échelle de coma de Glasgow, de l'échelle de réaction de Glasgow ou des *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* de l'American Medical Association, 4^e édition, 1993, tel qu'indiqué aux clauses (e), (f) ou (g), ne peut être appliquée en raison de l'âge de la personne assurée, alors une déficience dont souffre la personne assurée suite à un accident et qu'on peut raisonnablement estimer être une déficience invalidante sera considérée comme la déficience qui est la plus similaire à la déficience indiquée aux clauses (e), (f) ou (g), en tenant compte des implications qu'a la déficience du point de vue du développement.

Aux fins des clauses (f) et (g), une déficience dont est atteinte une personne assurée mais qui ne figure pas dans les *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* de l'American Medical Association, 4^e édition, 1993, sera considérée comme la déficience figurant dans ce document qui est la plus similaire à la déficience dont est atteinte la personne assurée.

Critère 2.

Les clauses (f) et (g) du Critère 1 ne s'appliquent pas au demandeur, à moins que

- (a) le praticien de la santé de la personne assurée ne déclare par écrit que l'état de la personne assurée offre tous les signes d'un état permanent de « déficience invalidante », ou
- (b) deux années se soient écoulées depuis l'accident.

Explications et commentaires du professionnel de la santé sur les critères sélectionnés ci-dessus :

**Partie 6
Signature**

Je certifie que le demandeur souffre d'une déficience invalidante conformément à la définition jointe à la présente demande. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite sciemment à un assureur en ce qui concerne l'admissibilité d'une personne à des indemnités dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction en vertu de la Loi sur les assurances. Je reconnais également que le fait de rédiger ou d'utiliser sciemment un faux document avec l'intention de le faire reconnaître comme authentique constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral et que cette infraction est passible, en cas de condamnation, d'une peine maximale de 10 ans de prison.

Nom du professionnel de la santé (en lettres moulées)	Signature du professionnel de la santé	Date (AAAAMMJJ)
---	--	-----------------

Remarque : Les frais encourus pour remplir ce formulaire ne sont pas couverts par les prestations du ministère de la Santé de l'Ontario. Les frais et les coûts des examens nécessaires pour remplir ce formulaire doivent être facturés à l'assureur.