

## Rapport de statut et de congé aux fins des Lignes directrices pré-autorisées (FDIO-24/198)

Utilisez cette formule pour les accidents survenus depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2003 inclusivement.

N° de la demande :	
N° de police :	
Date de l'accident : (AAAAMMJJ)	

### Au professionnel/établissement des soins de santé :

**Consentement :** Il est de la responsabilité du professionnel de la santé de s'assurer que la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements fournis sont autorisées par une formule de consentement. Les professionnels/établissements des soins de santé devront utiliser la formule de demande d'indemnités de l'Ontario n° 5 (FDIO-5) intitulée *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux* à titre de formulaire de consentement, bien qu'il soit possible que des divulgations et des consentements supplémentaires puissent être requis selon la façon dont les renseignements sont utilisés et divulgués.

Utilisez cette formule conformément aux Lignes directrices pré-autorisées.

### Partie 1 Identification du demandeur

Date de naissance (AAAAMMJJ)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Téléphone
Nom		
Prénom		Second prénom
Adresse		
Ville	Province	Code postal

### Partie 2 Identification de l'assureur

Nom de l'assureur		Localité de la succursale (s'il y a lieu)	
Nom de l'expert en sinistres		Prénom de l'expert en sinistres	
Téléphone de l'expert en sinistres		Poste	Télécopieur de l'expert en sinistres
Nom du titulaire de la police Même que demandeur <input type="checkbox"/>	Nom du titulaire de la police	Prénom du titulaire de la police	N° de police

### Partie 3 Statut du patient

- Déficience guérie et congé  
 Déficience en voie d'amélioration  
 Déficience non guérie  
 Congé en raison de la non-coopération du patient avec les Lignes directrices pré-autorisées  
 Congé en raison du non-consentement du patient à des traitement

### Partie 4 Recommanda- tion du fournisseur et demande de prolongation du traitement

- Prolongation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées (voir la Partie 5) ou  
 Traitement prolongé ou autre traitement proposé selon un Programme de traitement (FDIO-18), et/ou  
 Patient référé à un autre professionnel de la santé réglementé  
 Demande de prolongation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées :  
 Nombre de séances de traitement : \_\_\_\_\_ Coût total : \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ \$

### Partie 5 Signature du professionnel de la santé chargé du dossier

Nom du professionnel de la santé chargé du dossier		N° d'inscription de l'Ordre		<b>Votre profession</b> <input type="checkbox"/> Chiropraticien(ne) <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Massothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Optométriste <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Autre _____
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code de l'établissement selon la FAAS (s'il y a lieu)		
Adresse				
Ville	Province	Code postal		
Numéro de téléphone	Poste	Télécopieur		
Courriel				
J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la Loi sur les assurances. Je reconnais également que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral.				
Nom du professionnel de la santé chargé du dossier en vertu des Lignes directrices pré-autorisées (en lettres moulées)		Nom du professionnel de la santé chargé du dossier en vertu des Lignes directrices pré-autorisées		Date (AAAAMMJJ)

### Partie 6 Approbation

<b>À l'assureur :</b> Prière de remplir ce qui suit et de retourner cette page au professionnel de la santé.		
<input type="checkbox"/> Prolongation approuvée	<input type="checkbox"/> Prolongation partiellement approuvée (explication à suivre ou jointe)	<input type="checkbox"/> Prolongation non approuvée (explication à suivre ou jointe)
Nom de l'expert en sinistres (en lettres moulées)	Signature de l'expert en sinistres	Date (AAAAMMJJ)

**Partie 7  
Statut  
fonctionnel**

**Statut fonctionnel**

- a) S'il était employé au moment de l'accident, est-ce que le demandeur a repris son travail habituel ?  Non employé  Oui  Non
- b) Le demandeur a-t-il repris ses activités extra-professionnelles ?  Oui  Non
- c) Le demandeur est-il revenu à son niveau fonctionnel général d'avant l'accident?  Oui  Non
- d) Le demandeur est-il retourné à ses activités de soins?  Oui  Non

Remplir le reste de la formule uniquement si la réponse à l'une ou l'autre des questions de la Partie 7 est « non ».

**Partie 8  
Facteurs  
reliés au  
statut du  
demandeur**  
(Requis si l'une  
ou l'autre des  
réponses de la  
Partie 7 est  
« non »)

**Statut d'emploi**

Si le demandeur était employé au moment de l'accident, répondre aux questions suivantes.

- a) Si le demandeur s'est absenté de son travail, est-il retourné :  À ses tâches régulières  À des tâches/horaires modifiés  
**Dans le cas de tâches et d'horaires modifiés, veuillez fournir une description :**

- b) S'il n'est pas retourné au travail, s'est-on renseigné auprès de l'employeur sur les antécédents en matière de travail et sur les possibilités de modifier les tâches et les horaires?  Oui  Non

**Si non, expliquez pourquoi :**

**Facteurs de complication physiques**

- a) Y a-t-il des facteurs de complication physiques pouvant prédisposer le demandeur à une récupération lente?  Oui  Non

**Si oui, précisez :**

- b) Le demandeur a-t-il été référé à un professionnel de la santé en raison des facteurs physiques identifiés?  Oui  Non

i) Date de la référence : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ii) Type de professionnel de la santé : \_\_\_\_\_

- c) L'état du demandeur s'améliore-t-il lentement?  Oui  Non
- d) Le demandeur bénéficiera-t-il du maintien des traitements spécifiques en cours?  Oui  Non

**Si oui, quels sont les avantages escomptés?**

**Non-participation du demandeur**

- a) Le demandeur était-il capable d'entreprendre des thérapies actives et était-il disposé à le faire?  Oui  Non

**Si non, expliquez pourquoi :**

- b) Le demandeur a-t-il manqué, sans fournir d'explication raisonnable, plus de journées consécutives de traitement et/ou de journées sur l'ensemble du traitement que le nombre permis par les Lignes directrices pré-autorisées?  Oui  Non

- c) Existe-t-il une preuve de non-participation sans explication raisonnable aux exercices à la maison?  Oui  Non

- d) Existe-t-il une autre preuve de non-participation au traitement?  Oui  Non

**Si oui, précisez :**

**Obstacles au rétablissement (veuillez consulter le manuel de l'utilisateur pour remplir cette partie)**

- a) Quels obstacles au rétablissement a-t-on identifiés?

- b) Quand ont-ils été identifiés (AAAAMMJJ)? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- c) Avez-vous tenté de surmonter les obstacles au rétablissement au cours du traitement?  Oui  Non

**Si oui, quels ont été les résultats?**

- d) Le demandeur montre-t-il des signes de troubles émotionnels exigeant un examen plus poussé pour déterminer s'ils sont consécutifs à l'accident et s'ils nécessitent des soins?  Oui  Non

- e) Le demandeur a-t-il été référé à un professionnel de la santé en raison des facteurs identifiés ?  Oui  Non

i) Date de la recommandation (AAAAMMJJ) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ii) Type de professionnel de la santé : \_\_\_\_\_

Pages additionnelles jointes en annexe