



MEDICAL REPORT - RAPPORT MÉDICAL

TO THE PHYSICIAN

AU MÉDECIN

INFORMATION	INFORMATION
<p>Your patient is applying for a Canada Pension Plan disability benefit. To assist us in determining eligibility, please complete this form on his/her behalf. Please type or write legibly. You may substitute this report with a narrative letter or computer print-out.</p> <p>The decision as to whether a person is disabled is the responsibility of Canada Pension Plan's Disability Operations Division. According to the Canada Pension Plan legislation, a disability must be a physical or mental impairment that is both severe and prolonged. Severe means that a person is incapable regularly of pursuing any substantially gainful occupation. Prolonged means that such disability is likely to be of indefinite duration or is likely to result in death. Objective medical evidence and other factors are considered when determining eligibility.</p> <p>An applicant may be requested to undergo an independent medical examination by a physician designated by Service Canada.</p>	<p>Votre patient a présenté une demande de prestation d'invalidité aux termes du Régime de pensions du Canada. Pour nous aider à déterminer son admissibilité, nous vous saurions gré de remplir ce formulaire au nom de votre patient. Veuillez dactylographier ou écrire lisiblement. Vous pouvez remplacer ce rapport par une lettre narrative ou un imprimé d'ordinateur.</p> <p>La décision déterminant qu'une personne est invalide relève de la Division de l'administration de l'invalidité du Régime de pensions du Canada. Selon les dispositions législatives régissant le Régime de pensions du Canada, une personne doit souffrir d'une incapacité physique ou mentale à la fois grave et prolongée. Grave, en ce sens que la personne est incapable de détenir régulièrement une occupation véritablement rémunératrice et prolongée, en ce sens que l'incapacité sera vraisemblablement d'une durée indéfinie ou entraînera sans doute le décès. Des preuves médicales objectives et d'autres facteurs sont pris en considération lors de l'établissement de l'invalidité.</p> <p>Tout demandeur peut être tenu de subir un examen médical indépendant par un médecin désigné par Service Canada.</p>
ACCESS TO PERSONAL INFORMATION	ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
<p>Pursuant to the <i>Privacy Act</i>, upon written request, Service Canada is obligated to provide the applicant with any information or records, including medical reports, contained in their file. (Personal Information Bank HRSDC PPU 146).</p>	<p>Conformément à la <i>Loi sur la protection des renseignements personnels</i>, sur réception d'une demande écrite faite par le demandeur, Service Canada a l'obligation de fournir toute information, dont les rapports médicaux, paraissant dans son dossier. (Fichier de renseignements personnels RHDSC PPU 146).</p>
RETURN OF MEDICAL REPORT	RETOUR DU RAPPORT MÉDICAL
<p>Service Canada will assist with the cost of completing the medical report by paying up to \$65.00 directly to you. To ensure payment, insert the completed report and your invoice in the envelope provided, seal it, and return it as quickly as possible. Service Canada will endeavour to pay you as soon as possible.</p> <p>You may return the completed report to your patient or directly to Service Canada. If you decide to mail the report directly to one of our offices, please advise your patient.</p> <p>A DELAY IN THE COMPLETION OF THIS MEDICAL REPORT MAY AFFECT YOUR PATIENT'S ENTITLEMENT TO BENEFITS.</p> <p>IT IS AN OFFENCE TO MAKE A FALSE OR MISLEADING STATEMENT IN AN APPLICATION FOR BENEFITS.</p>	<p>Service Canada aidera à défrayer les coûts pour remplir le rapport médical en vous versant directement une somme allant jusqu'à 65 \$. Pour s'assurer du paiement, insérez le rapport rempli et votre facture dans l'enveloppe fournie, cachez-la, et retournez le tout aussitôt que possible. Service Canada s'engagera à acquitter le paiement dans les plus brefs délais possible.</p> <p>Vous pouvez retourner le rapport rempli à votre patient ou directement à Service Canada le plus près de chez vous. Si vous décidez de poster le rapport directement à l'un de nos bureaux, veuillez en aviser votre patient.</p> <p>UN RETARD POUR REMPLIR CE RAPPORT MÉDICAL POURRAIT INFLUER SUR L'ADMISSIBILITÉ DE VOTRE PATIENT AUX PRESTATIONS.</p> <p>TOUTE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE FAITE DANS UNE DEMANDE CONSTITUE UNE INFRACTION.</p>



Protected When Completed - B
Protégé une fois rempli - B

MEDICAL REPORT - RAPPORT MÉDICAL

SECTION A To be completed by Applicant - Doit être remplie par le demandeur			
First Name and Initial - Prénom et Initiale		Last Name - Nom de famille	
Home Address (No., Street, Apt., or R.R.) Adresse du domicile (numéro, rue, app., ou route rurale)		City - Ville	Province or Territory Province ou territoire
Postal Code Code postal	Telephone No. - N° de téléphone () -	Date of Birth Date de naissance Y/A M D/J	Social Insurance Number Numéro d'assurance sociale
SECTION B To be completed by Physician - Doit être remplie par le médecin			
Please provide factual objective opinions - Veuillez donner une opinion factuelle objective			
1 Height - Taille	2 a) How long have you known the patient? Depuis quand connaissez-vous le patient?	b) When did you start treating the patient for the main medical condition? Quand avez-vous commencé à traiter le patient pour son état pathologique principal? Y/A M	c) Date of last visit Date de la dernière visite Y/A M D/J
Weight - Poids			
3 Diagnosis (es) - Diagnostic(s) :			
4 Relevant/significant medical history relating to the main medical condition: Antécédents médicaux pertinents/importants reliés à l'état pathologique principal :			

Please write legibly - Veuillez écrire lisiblement

Service Canada delivers Human Resources and Social Development Canada (also known as Human Resources and Skills Development Canada) programs and services for the Government of Canada.

Service Canada assure la prestation des programmes et des services de Ressources humaines et Développement social Canada (aussi connu sous le nom de Ressources humaines et Développement des compétences Canada) pour le gouvernement du Canada.

Social Insurance Number
Numéro d'assurance sociale

5 Over the past two years, has the patient been admitted to a hospital/institution?
Au cours des deux dernières années, le patient a-t-il été admis à l'hôpital ou dans une institution?

- Yes **If yes, please list:**
Oui **Dans l'affirmative, veuillez indiquer :**
- No
Non

Name of the Hospital(s)/Institution(s) - Nom de(s) l'hôpital(aux) ou de(s) l'institution (institutions)

The date(s) of admission
La (les) date(s) d'admission
Y/A M D/J

The reason(s) for admission
La (les) raison(s) de l'admission

6A Is there supporting evidence for the main medical condition? Please attach supporting documentation.
Y a-t-il des preuves à l'appui de l'état pathologique principal du patient? Veuillez joindre les documents à l'appui.

Laboratory Reports
Rapports de laboratoire

Yes No
Oui Non

X-ray reports
Radiographies

Yes No
Oui Non

Consultants' opinions
Opinions de consultants

Yes No
Oui Non

Other
Autre

Yes No
Oui Non

Documentation to be returned
Documents devant être retournés

Yes No
Oui Non

6B Please describe relevant physical findings and functional limitations.
Veuillez décrire les observations physiques et les limitations fonctionnelles pertinentes.

Social Insurance Number
Numéro d'assurance sociale

7 Are further consultations or medical investigations planned relating to the main medical condition?
Prévoyez-vous effectuer d'autres consultations ou évaluations médicales en rapport avec son état pathologique principal?

- Yes **If yes, please specify:**
Oui **Dans l'affirmative, veuillez préciser :**
- No
Non

8 Is the patient currently on medication(s) as a result of the main medical condition?
Le patient prend-il présentement des médicaments en raison de son état pathologique principal?

- Yes **If yes, please indicate dosage and frequency.**
Oui **Dans l'affirmative, veuillez indiquer la dose et la fréquence.**
- No
Non

9 **Treatment:** List type and response.
Traitement : Indiquez le genre et la réaction.

Social Insurance Number Numéro d'assurance sociale	FOR OFFICE USE ONLY - À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU				
<input type="checkbox"/> A.C. - C.V.	Initials - Initiales	Y/A	M	D/J	
10 Prognosis of the main medical condition of this patient - Pronostic au sujet de l'état pathologique principal du patient :					
11 Additional Information - Renseignements supplémentaires					
SIGNATURE (Please print or use a stamp - Veuillez écrire en lettres moulées ou estampiller)					
Physician's Full Name - Nom du médecin au complet					
Address - Adresse					
Postal Code Code postal			<input type="checkbox"/> Family Physician Médecin de famille		
			<input type="checkbox"/> Specialty Spécialité _____		
Signature X		Y/A	M	D/J	Telephone No. - N° de téléphone () -

Please write legibly - Veuillez écrire lisiblement