

CONFIRMATION DE MALADIE – FORMULAIRE DU PARTICIPANT

Veillez remplir le présent formulaire uniquement si votre absence est causée par des symptômes de la COVID-19 et que vous attendez les résultats d'un test, ou si vous avez reçu un diagnostic clinique de ce virus.

En raison de l'achalandage accru qu'entraîne la pandémie de COVID-19 dans les cliniques et les hôpitaux, nous n'exigerons pas, au début, de déclaration du médecin aux fins du traitement de votre demande de règlement d'invalidité de courte durée, si votre absence est due à des symptômes de la COVID-19 ou à un diagnostic clinique de ce virus. Cette exception d'une durée limitée s'appliquera pendant la situation en cours.

En l'absence d'une déclaration du médecin, vous devez confirmer la nature de vos symptômes, les résultats des tests, et tout traitement que vous avez reçu. Veillez remplir et signer le présent formulaire et l'envoyer, accompagné de votre déclaration du participant.

1. Veillez confirmer :

Numéro de la police :	Numéro de certificat :
Nom du participant :	Nom du promoteur du régime :
Date de l'apparition des symptômes :	
Premier jour d'absence du travail :	

2. Veillez préciser de quels symptômes vous souffrez :

Fièvre	Perte d'appétit
Toux	Écoulement nasal
Fatigue	Nausée
Douleurs musculaires	Vomissements
Mal de gorge	Mal de tête
Essoufflement	
Autres	

3. Avez-vous d'autres problèmes de santé qui pourraient nuire à votre rétablissement (diabète, maladie cardiaque, maladie respiratoire ou autre)?

4. A) Date de la consultation médicale en lien avec COVID-19 :

B) Par qui avez-vous été vu(e)? (médecin/clinique/hôpital/autorité de santé publique)

5. A) Date du test COVID-19 :

B) Nom, adresse et numéro de téléphone de l'établissement où a été effectué le test :

C) Résultats du test :

Positif
Négatif
En attente – Date à laquelle sont attendus les résultats :

Veillez si possible joindre les résultats.

6. Avez-vous reçu la consigne de vous placer en isolement?

Oui, à compter de :
Non

- Date prévue de la fin de la période d'isolement :
- Date de la prochaine consultation du médecin :
- Date prévue du retour au travail :
- Êtes-vous en mesure de travailler de la maison? Oui Non

7. Autres précisions sur votre état de santé dont vous aimeriez nous faire part :

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets, et je comprends que d'autres renseignements peuvent être requis aux fins du traitement de ma demande de règlement.

Nom :		No de tél :	
Courriel :		Cellulaire :	
Signature :		Date :	

Pour plus de renseignements sur la COVID-19, rendez-vous au site de l'Agence de la santé publique du Canada, à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html>