

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

<b>Demande d'évaluation d'une déficience invalidante (FDIO-19)</b>	
<small>Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à compter du 1<sup>er</sup> juin 2016</small>	
<b>N° de la demande</b>	
<b>N° de la police</b>	
<b>Date de l'accident (AAAAMJJ)</b>	

**Avis au demandeur :**

Vous devez remplir ce formulaire intégralement et le remettre à votre assureur automobile si vous désirez établir que vous avez subi une déficience invalidante en raison d'un accident d'automobile. Les personnes dont une déficience invalidante a été déterminée sont admissibles à des indemnités supplémentaires de frais médicaux, de réadaptation, de soins auxiliaires et autres. En se fondant sur la présente demande, votre assureur peut décider que vous souffrez d'une déficience invalidante.

**Avis au médecin\* :**

Consentement : Il incombe au médecin de s'assurer qu'il est autorisé par un formulaire de consentement à recueillir, utiliser et divulguer les renseignements transmis. Le formulaire de demande d'indemnités de l'Ontario n° 5 (FDIO-5), Autorisation de divulguer des renseignements médicaux, peut être utilisé comme formulaire de consentement à cet effet, même si d'autres renseignements et consentements peuvent être nécessaires en fonction de la manière dont les renseignements sont utilisés et divulgués.

\*Si la déficience ne concerne que le cerveau, le présent formulaire peut être signé par un neuropsychologue.

**Partie 1 Renseignements sur le demandeur**  
(à remplir par le demandeur ou le mandataire)

Nom		Prénom et initiale	
Adresse		Date de l'accident (AAAAMJJ)	
Ville		Province	Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)	Poste	Courriel (facultatif)

Statut du demandeur :

- Le demandeur est âgé de moins de 18 ans et est admis à titre de patient dans un hôpital public indiqué dans une ligne directrice du surintendant ou à titre de patient dans un programme de réadaptation neurologique dans un établissement de réadaptation pour enfants.
- Le demandeur réside actuellement dans un hôpital général, un centre de réadaptation, une maison de soins infirmiers ou un établissement de soins aux malades chroniques.
- 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. Veuillez joindre la raison de cette deuxième demande.

J'autorise mon médecin traitant\* à recueillir, à utiliser et à divulguer à mon assureur, ou à un professionnel de la santé, à un travailleur social ou à un spécialiste de la réadaptation désigné en bonne et due forme par mon assureur pour la réalisation d'un examen, les seuls renseignements portant sur mon état de santé ou les blessures découlant de mon accident d'automobile, tel que cela sera raisonnablement nécessaire pour établir si j'ai subi une déficience invalidante.

Ce consentement ne s'applique pas à une consultation entre mon fournisseur de soins de santé et le médecin de l'assureur qui effectue un examen. Un consentement spécial distinct doit être fourni expressément pour cette consultation. Ce consentement doit être par écrit.

**JE CONFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.**

**JE COMPRENDS QUE LA LOI SUR LES ASSURANCES CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE** faire sciemment une déclaration ou une affirmation fausse ou trompeuse à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance.

**JE COMPRENDS QUE LE CODE CRIMINEL (CANADA) CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE** frauder ou tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête. Les renseignements serviront à traiter les paiements des indemnités réclamées, à déterminer et à analyser la nature, les effets et les coûts des produits et services fournis aux victimes d'accidents d'automobile par les fournisseurs de soins de santé, ainsi qu'**À DÉTECTER, À PRÉVENIR ET À ÉLIMINER LES FRAUDES.**

Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAAMJJ)
---	----------------

**Le reste de ce formulaire doit être rempli par votre médecin\*.**

<b>Partie 2</b> <b>Renseignements</b> <b>sur</b> <b>le médecin*</b>	Nom du médecin		N° d'inscription de l'Ordre		
	Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code d'identification de l'établissement selon la FAAS (s'il y a lieu)		
	Adresse				
	Ville		Province	Code postal	
	Numéro de téléphone	Poste	Numéro de télécopieur		Courriel (facultatif)

**Partie 3**  
**Rapport du**  
**médecin\***  
**sur**  
**une déficience**  
**invalidante**

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

**Partie 4**  
**Critères**

**Veillez utiliser les critères suivants relatifs aux déficiences invalidantes pour remplir le présent formulaire. Veuillez ne remplir que la section A OU B de la Partie 4.**

**Section A – Statut automatique de déficience – Réservé aux demandeurs âgés de moins de 18 ans au moment de l'accident**

Je confirme qu'en raison de l'accident, l'un des critères suivants s'applique à ce demandeur.

- 1. Traumatisme crânien - est admis à titre de patient dans un hôpital public indiqué dans une ligne directrice du surintendant sur la base d'un examen effectué par tomographie par ordinateur, imagerie par résonance magnétique ou toute autre technologie de diagnostic encéphalique reconnue médicalement révélant des signes positifs de l'existence d'une pathologie intracrânienne causée par l'accident;
- 2. Traumatisme crânien - est admis à titre de patient dans un programme de réadaptation neurologique dans un établissement de réadaptation pour enfants membre de l'Ontario Association of Children's Rehabilitation Services;

**Section B – Critères – Pour tous les demandeurs qui ne sont pas visés par la section A**

Décrivez la déficience ou les déficiences subies lors de l'accident d'automobile. Utilisez la définition de déficience invalidante pertinente à titre de guide. Si vous êtes en mesure de le faire et le jugez opportun, utilisez les degrés d'invalidité définis dans la 4<sup>e</sup> édition des guides de l'American Medical Association. L'Annexe sur les indemnités d'accident légales - en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2010 (en sa version modifiée le 1<sup>er</sup> juin 2016) fournit des renseignements détaillés concernant les critères, en plus du résumé joint à l'Annexe 1 - Critères pour la Partie 4.

Selon mon évaluation, j'estime qu'en raison de l'accident, les critères suivants s'appliquent au demandeur. Veuillez cocher tout ce qui s'applique.

- 1. Paraplégie ou quadriplégie;
- 2. Déficience sévère de la mobilité ambulatoire ou de l'utilisation d'un bras ou amputation;
- 3. Perte totale de vision des deux yeux;
- 4. Traumatisme crânien (le demandeur est âgé de 18 ans ou plus au moment de l'accident);
- 5. Traumatisme crânien (le demandeur est âgé de moins de 18 ans au moment de l'accident);
- 6. Déficience physique ou ensemble de déficiences qui représente une déficience de 55 % ou plus de l'organisme dans son ensemble (voir « Autres critères » ci-dessous);
- 7. Trouble mental ou du comportement, excluant les traumatismes crâniens, combiné à une déficience physique qui représente une déficience de 55 % ou plus de l'organisme dans son ensemble. (voir « Autres critères » ci-dessous);
- 8. Une déficience de classe 4 (déficience marquée) dans au moins trois régions fonctionnelles qui empêche le fonctionnement utile **ou** de classe 5 (déficience extrême) dans au moins deux régions fonctionnelles, en raison d'un trouble mental ou d'un trouble du comportement (voir « Autres critères » ci-dessous).
- Test de similarité - Si la personne assurée est âgée de moins de 18 ans au moment de l'accident et que la déficience dont souffre la personne assurée peut raisonnablement être estimée une déficience invalidante aux fins des points 6, 7 ou 8 des critères susmentionnés, la déficience sera réputée être une déficience décrite aux points 6, 7 ou 8, en tenant compte des répercussions qu'a la déficience du point de vue du développement (voir « Autres critères » ci-dessous).

**Autres critères**

**Les points 6, 7 ou le test de similarité des critères susmentionnés s'appliquent au demandeur puisque :**

- il s'est écoulé deux ans depuis l'accident; ou
- une évaluation effectuée par un médecin trois mois ou plus après l'accident a déterminé que
  - 1. la personne assurée a une déficience physique ou un ensemble de déficiences déterminé conformément au point 6, ou une combinaison de troubles mentaux ou de comportement et une déficience physique déterminée conformément au point 7 qui représente une déficience de 55 % ou plus de l'organisme dans son ensemble, et que
  - 2. l'affection physique de la personne assurée ne devrait pas s'améliorer pour présenter une déficience de 55 % ou moins de l'organisme dans son ensemble.

**Le point 8 ou le test de similarité des critères susmentionnés s'applique au demandeur puisque :**

- il s'est écoulé deux ans depuis l'accident; ou
- un médecin atteste par écrit que la déficience de la personne assurée ne devrait pas s'améliorer au-delà d'une déficience de classe 4 (déficience marquée) dans au moins trois régions fonctionnelles qui empêche le fonctionnement utile, en raison d'un trouble mental ou d'un trouble du comportement.

La description des déficiences est jointe aux présentes

**Partie 5**  
**Signature**  
**du médecin\***

Je certifie que le demandeur souffre d'une déficience invalidante conformément à la définition jointe à la présente demande.

**JE CONFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.**

**JE COMPRENDS QUE LA *LOI SUR LES ASSURANCES* CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE** faire sciemment une déclaration ou une affirmation fausse ou trompeuse à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance. Les secteurs réglementés peuvent faire l'objet d'un examen ou d'une enquête concernant des questions relatives à un permis ou à un acte ou une pratique malhonnête ou mensonger. Le non-respect des règlements applicables peut entraîner des mesures d'exécution, allant d'une sanction administrative pécuniaire à la poursuite en vertu de la *Loi sur les infractions provinciales*.

**JE COMPRENDS QUE LE CODE CRIMINEL (CANADA) CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE** frauder ou tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête. Les renseignements serviront à traiter les paiements des indemnités réclamées, à déterminer et à analyser la nature, les effets et les coûts des produits et services fournis aux victimes d'accidents d'automobile par les fournisseurs de soins de santé, ainsi qu'**À DÉTECTER, À PRÉVENIR ET À ÉLIMINER LES FRAUDES.**

Nom du médecin\* (en caractères d'imprimerie)

Signature du médecin\*

Date (AAAAMMJJ)

**Remarque :** Les honoraires imposés pour remplir ce formulaire ne sont pas couverts par le ministère de la Santé de l'Ontario. Ces honoraires et le coût de tout examen nécessaire pour remplir ce formulaire doivent être facturés à l'assureur.

## Annexe 1 - Critères pour la Partie 4

Veillez noter que les présentes constituent un résumé des critères de déficiences invalidantes qui doivent être utilisés pour remplir la Partie 4 du formulaire FDIO-19. Les critères d'admissibilité se trouvent dans la section 3.1 de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales - en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2010 (AIAL). S'il y a des incohérences entre le présent résumé et la section 3.1 de l'AIAL, l'AIAL aura préséance.

	Déficiência (en raison d'un accident)	Critères
1	Paraplégie ou Quadriplégie	<p>Le rétablissement neurologique de la personne assurée est tel qu'il est possible de déterminer sa cote correspondant à un état permanent sur l'échelle de déficiencia ASIA.</p> <p>La cote correspondant à un état permanent sur l'échelle de déficiencia ASIA de la personne assurée est ou sera A, B ou C, ou D, et</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le résultat de la personne assurée selon la mesure de l'indépendance des blessés médullaires, version III, point 12 (mobilité à l'intérieur), appliquée sur une distance maximale de 10 mètres sur une surface plane intérieure est de 0 à 5;</li> <li>• la personne assurée nécessite une dérivation urologique chirurgicale, l'implantation d'un dispositif ou une cathétérisation intermittente ou constante afin de gérer la déficiencia neuro-urologique résiduelle;</li> <li>• la personne assurée souffre d'une déficiencia du contrôle volontaire de la fonction ano-rectale qui nécessite une dérivation chirurgicale, la gestion des selles ou l'implantation d'un dispositif.</li> </ul>
2	Déficiencia sévère de la mobilité ambulatoire ou de l'utilisation d'un bras, ou amputation	<p>L'amputation transtibiale ou à un niveau supérieur d'une jambe.</p> <p>L'amputation d'un bras ou une autre déficiencia entraînant la perte totale et permanente de son utilisation.</p> <p>Une altération grave et permanente d'une structure et d'une fonction antérieures qui touche une jambe ou les deux, à la suite de quoi la personne assurée a obtenu des résultats de 0 à 5 selon la mesure de l'indépendance des blessés médullaires, version III, point 12 (mobilité à l'intérieur), appliquée sur une distance maximale de 10 mètres sur une surface plane intérieure.</p>
3	Perte totale de vision des deux yeux	<p>Même avec l'utilisation de verres correcteurs ou de médicaments;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'acuité visuelle des deux yeux correspond à 20/200 (6/60) ou moins selon l'échelle de Snellen ou une échelle équivalente;</li> <li>• le diamètre le plus grand du champ visuel des deux yeux est de 20 degrés ou moins.</li> </ul> <p>La cécité n'est pas attribuable à des causes non organiques.</p>
4	Traumatisme crânien (le demandeur est <b>âgé de 18 ans ou plus</b> au moment de l'accident)	<p>Un examen de la blessure effectué par tomographie, imagerie par résonance magnétique ou toute autre technologie de diagnostic cérébral reconnue médicalement révèle des signes positifs de l'existence d'une pathologie intracrânienne causée par l'accident, notamment des contusions ou des hémorragies intracrâniennes, des lésions axonales diffuses, un œdème cérébral, le déplacement de la ligne médiane du cerveau ou une pneumocéphalie;</p> <p>et</p> <p>Lorsqu'elle est évaluée selon la classification figurant dans les <i>Structured Interviews for the Glasgow Outcome Scale and the Extended Glasgow Outcome Scale: Guidelines for their Use</i>, la blessure reçoit la cote suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• état végétatif (VS ou VS*), au moins un mois après l'accident;</li> <li>• invalidité grave des membres supérieurs (Upper SD ou Upper SD*) ou invalidité grave des membres inférieurs (Lower SD ou Lower SD*), au moins six mois après l'accident;</li> <li>• invalidité modérée des membres inférieurs (Lower MD ou Lower MD*), au moins un an après l'accident.</li> </ul>

5	<p style="text-align: center;">Traumatisme crânien (Le demandeur est <b>âgé de moins de 18 ans</b> au moment de l'accident)</p>	<p>La personne assurée est admise à titre de patient dans un hôpital public mentionné dans une ligne directrice du surintendant sur la base d'un examen effectué par tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique ou toute autre technologie de diagnostic encéphalique reconnue médicalement révélant des signes positifs de l'existence d'une pathologie intracrânienne causée par l'accident, notamment des contusions ou des hémorragies intracrâniennes, des lésions axonales diffuses, un œdème cérébral, le déplacement de la ligne médiane du cerveau ou une pneumocéphalie;</p> <p>ou</p> <p>La personne est admise à titre de patient dans un programme de réadaptation neurologique d'un établissement de réadaptation pour enfants qui est membre de l'Ontario Association of Children's Rehabilitation Services;</p> <p>ou</p> <p>Au moins un mois après l'accident, le niveau de fonctionnement neurologique de la personne assurée ne dépasse pas la classe 2 (état végétatif) sur l'échelle King's Outcome Scale for Childhood Head Injury;</p> <p>ou</p> <p>Au moins six mois après l'accident, le niveau de fonctionnement neurologique de la personne assurée ne dépasse pas la classe 3 (invalidité grave) sur l'échelle King's Outcome Scale for Childhood Head Injury;</p> <p>ou</p> <p>Au moins neuf mois après l'accident, le niveau de fonctionnement neurologique de la personne assurée demeure gravement déficient de sorte que celle-ci n'a pas le niveau d'autonomie habituel des personnes de son âge et a besoin de supervision ou d'aide personnelle en raison de ses troubles physiques, cognitifs ou comportementaux pendant la majeure partie de la période de veille.</p>
6	<p>Déficience physique ou ensemble de déficiences qui représente une déficience de 55 % ou plus de l'organisme dans son ensemble.</p>	<p>Sous réserve des autres critères définis à la Partie 4, toute déficience physique ou combinaison de déficiences physiques qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé <i>Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i>, 4<sup>e</sup> édition, 1993, se traduit par une déficience de 55 % ou plus de l'organisme dans son ensemble.</p>
7	<p>Trouble mental ou du comportement, excluant les traumatismes crâniens, combiné à une déficience physique qui représente une déficience de 55 % ou plus de l'organisme dans son ensemble.</p>	<p>Sous réserve des autres critères définis à la Partie 4, tout trouble mental ou trouble du comportement, à l'exclusion d'un traumatisme cérébral, établi selon la méthode de cotation au chapitre 14, section 14.6 de l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé <i>Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i>, 6<sup>e</sup> édition, 2008, qui, lorsque la cote de déficience est combinée avec une déficience physique décrite ci-dessus selon les critères de combinaison énoncés dans le tableau des valeurs combinées de l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé <i>Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i>, 4<sup>e</sup> édition, 1993, se traduit par une déficience de 55 % ou plus de l'organisme dans son ensemble.</p>
8	<p>Une déficience de classe 4 (déficience marquée) dans au moins trois régions fonctionnelles qui empêche le fonctionnement utile <b>ou</b> de classe 5 (déficience extrême) dans au moins deux régions fonctionnelles, en raison d'un trouble mental ou d'un trouble du comportement.</p>	<p>Sous réserve des autres critères définis à la Partie 4, toute déficience qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé <i>Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i>, 4<sup>e</sup> édition, 1993, se traduit par une déficience de classe 4 (déficience marquée) dans au moins trois régions fonctionnelles qui empêche le fonctionnement utile ou de classe 5 (déficience extrême) dans au moins une région fonctionnelle qui empêche le fonctionnement utile, en raison d'un trouble mental ou d'un trouble du comportement.</p>