



Certificat médical - Prestations de compassion de l'assurance-emploi

L'autorisation de divulgation des présents renseignements médicaux fait l'objet d'un formulaire à part et sera fournie par la personne qui vous demande de remplir le certificat médical aux fins des prestations de compassion de l'assurance-emploi. Le certificat et le formulaire d'autorisation doivent être présentés en même temps lorsqu'on fait une demande de prestations de compassion.

Les prestations de compassion de l'assurance-emploi sont à la disposition des travailleurs admissibles qui donnent des soins ou qui apportent un soutien à un membre de leur famille qui est gravement malade et qui court un risque important de décéder au cours des 26 prochaines semaines.

Pour en savoir davantage sur les prestations de compassion, veuillez vous rendre à l'adresse : servicecanada.gc.ca/fra/ae/genres/prestations_compassion.shtml

Note : Dans le cadre des prestations de l'assurance-emploi, on définit « soin » ou « soutien » de la façon suivante :

- le membre de la famille donne directement les soins au patient ou y participe, ou
- le membre de la famille apporte un soutien psychologique ou émotionnel au patient, ou
- le membre de la famille prend des dispositions nécessaires pour qu'une tierce personne donne les soins au patient.

À noter: Un professionnel de la santé, autre qu'un médecin, peut remplir ce formulaire lorsque :

- le patient se trouve dans un lieu où il n'a pas facilement accès à un traitement par un médecin **ET**
- lorsque le professionnel de la santé est désigné par un médecin pour traiter le patient.

A. Nom du patient _____	Date de naissance (a-m-j) _____
B. J'ai examiné pour la dernière fois le patient le : _____ et je certifie que les deux conditions suivantes existent. (a-m-j)	
1. Le patient est gravement malade et risque de décéder au cours des 26 prochaines semaines (six mois).	2. Le patient a besoin de soins et de soutien d'un ou de plusieurs membres de la famille au cours des prochains 6 mois.
Oui Non	Oui Non
C. Les prestations de compassion sont payables aux membres de la famille à partir de la date inscrite en B ci-dessus ou à compter de la semaine dans laquelle le présent certificat est signé. Dans certaines situations, les prestations sont demandées pour une période antérieure et peuvent être payées pour cette période si vous certifiez que les deux conditions précisées en B s'appliquaient à votre patient pour cette période antérieure.	
3. Les deux conditions en B ci-dessus s'appliquaient-elles à votre patient à une date antérieure au cours des 6 derniers mois?	
Oui Non	Si oui , veuillez préciser la date _____ (a-m-j)
D. (S'il y a lieu) Selon mon opinion professionnelle et ma connaissance, le patient nommé ci-dessus ne peut donner son accord à la divulgation des renseignements médicaux en raison de son âge, son état de santé physique ou mentale. Oui	
Signature (Médecin ou Professionnel de la santé désigné par un médecin) _____	Date (a - m - j) _____

Information sur la personne ressource

Médecin ou professionnel de la santé désigné par un médecin (nommé ci-dessus)			
Nom	Spécialité	Numéro de permis	
Appartement	Numéro civique. Rue, route, chemin ou autre	Ville ou municipalité	
Province/Territoire	Pays	No. de tél. avec l'indicatif régional	Code postal (Canada)

Médecins ou professionnels de la santé non canadiens

Veuillez fournir les renseignements suivants :

- le nom de l'université, le pays et l'année où vous avez obtenu votre diplôme
- l'établissement auquel vous êtes affilié (hôpital ou clinique d'affiliation) et votre numéro de permis

Université	Pays	Année
Hôpital/Clinique d'affiliation		Numéro de permis

Service Canada assure la prestation des programmes et des services de l'Emploi et Développement social Canada pour le gouvernement du Canada.