

<input style="width: 95%;" type="text"/> Nom de la personne assurée	<input style="width: 95%;" type="text"/> Prénom de la personne assurée
Date de naissance: <input style="width: 15%; text-align: center;" type="text"/> / <input style="width: 15%; text-align: center;" type="text"/> / <input style="width: 15%; text-align: center;" type="text"/> <small>Année Mois Jour</small>	Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de contrat	<input style="width: 50%;" type="text"/> N° de client

LES HONORAIRES EXIGÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT AUX FRAIS DE LA PERSONNE ASSURÉE.

Dans tous les cas comprenant la communication de renseignements médicaux et sur la santé, les résultats de tests génétiques ne doivent en aucun cas être divulgués et acheminés.

DIAGNOSTIC

1 Diagnostic principal: _____ Date du diagnostic: / /
Année Mois Jour

2 Diagnostic secondaire: _____ Date du diagnostic: / /
Année Mois Jour

3 Date de la dernière consultation: / /
Année Mois Jour

4 Raison de la consultation: _____

ÉTAT DE DÉPENDANCE

5 La personne assurée est-elle habituellement incapable, c'est-à-dire **sans l'aide d'une autre personne**, d'accomplir les activités de la vie quotidienne suivantes?

5.1 Se nourrir: La capacité de consommer, avec ou sans ustensiles adaptés, des aliments et des boissons qui ont été préparés et servis par d'autres personnes. Oui Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu): / /
Année Mois Jour

Précisions: _____

5.2 Se laver: La capacité de laver son corps dans un bain (y compris entrer et sortir du bain), dans une douche (y compris entrer et sortir de la douche) ou à l'éponge, de manière à maintenir un degré d'hygiène acceptable. Oui Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu): / /
Année Mois Jour

Précisions: _____

ÉTAT DE DÉPENDANCE (suite)

5.3 S'habiller : La capacité de mettre ou d'enlever tous les vêtements nécessaires ainsi que tout appareil orthopédique ou chirurgical ou tout membre artificiel médicalement nécessaire. Un « vêtement nécessaire » est un vêtement qui peut être fabriqué, acheté, ou acheté et modifié, et qui est raisonnable pour la santé, le confort et la dignité de l'assuré compte tenu de l'environnement où il réside habituellement.
 Oui Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu) :

Année	Mois	Jour

Précisions : _____

5.4 Se déplacer : La capacité de se déplacer vers un lit, de s'y coucher et d'en sortir et la capacité de s'asseoir sur une chaise ou un fauteuil roulant et de s'en lever, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint. Oui Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu) :

Année	Mois	Jour

Précisions : _____

5.5 Utiliser les toilettes : La capacité de se rendre aux toilettes, de s'y asseoir, de se relever, d'y effectuer son hygiène personnelle et d'en revenir.
 Oui Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu) :

Année	Mois	Jour

Précisions : _____

5.6 Continence : La capacité de contrôler ses fonctions intestinales et vésicales, avec ou sans matériel de protection pour incontinence ou dispositif chirurgical, de telle sorte qu'un niveau adéquat d'hygiène est maintenu. Oui Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu) :

Année	Mois	Jour

Précisions : _____

DÉFICIENCE COGNITIVE

6 Est-ce qu'une déficience cognitive a été diagnostiquée ? Oui Non

6.1 Si oui, quel est le diagnostic ? _____

6.2 Date du diagnostic :

Année	Mois	Jour

6.3 Tests et examens passés pour confirmer ce diagnostic :

6.3.1 _____

6.3.2 _____

7 Quelle est la situation qui décrit le mieux le degré de déficience cognitive de la personne assurée ?

La personne assurée a une déficience cognitive modérée qui ne requiert pas de surveillance.


La personne assurée a une déficience cognitive sévère qui requiert une surveillance constante pour la protéger contre toute menace pour sa santé et sa sécurité.

DÉFICIENCE COGNITIVE (suite)

8 Renseignements additionnels : _____

SIGNATURE ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

 _____ Norm du médecin traitant (en caractères d'imprimerie) _____

Omnipraticien Spécialiste – Précisez : _____ N° du permis d'exercice : _____

_____ Code postal _____

Adresse (n°, rue, ville, province)

_____ Ind. rég. _____ Téléphone _____