

Instructions

1. Remplir la déclaration du réclamant et signer les autorisations.
2. Faire remplir le verso par le médecin traitant.
3. Tous les frais engagés sont à la charge du réclamant.

N° de contrat _____

Identification du réclamant

Nom et prénom

Nom à la naissance

Adresse

Province

Code postal

Sexe : ☐ F ☐ M

Date de naissance

Téléphone résidence

Téléphone bureau

Renseignements relatifs à la maladie

S'agit-il ? ☐ d'un accident d'automobile ☐ d'un accident de travail ☐ d'une chute ☐ d'une maladie ☐ autre : _____

Date de l'accident, s'il y a lieu, ou date du début de la maladie : _____

Nature de la blessure ou de la maladie : _____

Décrivez les circonstances de l'accident, s'il y a lieu : _____

S'il s'agit d'une maladie, à quelle date sont apparus les premiers symptômes ? _____

À quelle date a eu lieu la première consultation ? _____

Avez-vous déjà souffert de cette maladie auparavant ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, précisez la date : _____

Nom et adresse du médecin que vous avez consulté la première fois pour la maladie grave

Nom et adresse des autres médecins qui vous ont traité pour la maladie grave

Nom et adresse de votre médecin de famille depuis les cinq (5) dernières années

Avez-vous séjourné dans un hôpital ou une autre institution de santé ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, lequel ?

(Nom et adresse complète)

Période d'hospitalisation : du : _____ au : _____

Faites-vous usage de tabac sous quelque forme que ce soit (cigarette, cigare, pipe, cigarillos) ou tout autre forme ? ☐ Non ☐ OuiAvez-vous déjà fait usage de tabac ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, à quelle date avez-vous cessé de fumer ? _____**Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques.****Tous les frais encourus pour la rédaction du formulaire sont à la charge du réclamant.**

X

Signature du réclamant

Date

Instructions

- 1. Remplir la déclaration du médecin traitant et retourner au patient.
- 2. Joindre une copie complète du dossier médical pour la maladie grave depuis les premiers symptômes jusqu'au diagnostic incluant notes cliniques, rapports d'examens, des tests et de pathologie (pour un cancer).
- 3. Tous les frais engagés sont à la charge du patient.

Nom et prénom du patient

Diagnostic

Diagnostic principal _____ Date du diagnostic : A A A A M M J J

L'état actuel du patient est-il :

- ☐ Dû à une maladie Si oui, préciser laquelle : _____
- ☐ Dû à un accident Si oui, préciser le genre d'accident : ☐ de travail ☐ de véhicule automobile ☐ autre : _____
- ☐ Relié à son travail Si oui, précisez : _____

Considérant la condition actuelle de votre patient, s'agit-il du premier diagnostic à vie de cancer ?

- ☐ Non ☐ Oui Si oui, précisez : _____

S'il ne s'agit pas d'un premier diagnostic de cancer à vie, précisez : _____ Date du diagnostic antérieur A A A A M M J J Type de cancer antérieur _____

Y a-t-il eu hospitalisation ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, précisez : _____ Date d'admission à l'hôpital A A A A M M J J Date de sortie A A A A M M J J

Nom du centre hospitalier _____ Ville _____

Quels sont les symptômes objectifs ? (Joindre les copies des résultats récents, radiographies, électrocardiogramme, autres tests et examens)

À quel moment les symptômes sont-ils apparus pour la première fois ou à quel moment l'accident a-t-il eu lieu ? A A A A M M J J

Date de la première visite médicale A A A A M M J J

Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection analogue ? ☐ Non ☐ Oui

A A A A M M J J A A A A M M J J A A A A M M J J

Si oui, précisez la date du ou des épisodes antérieurs

Auparavant, ce patient a-t-il pour le diagnostic principal, reçu des traitements médicaux, consulté un médecin, subi des examens, fait usage de médicaments ou été hospitalisé ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez préciser : _____

Le patient est-il resté sous vos soins depuis le début de la maladie ou de l'accident ? ☐ Non ☐ Oui

À quelle date le patient vous a-t-il été référé ? A A A A M M J J

Si le patient vous a été référé par d'autres médecins, indiquez leurs noms, adresses et numéros de téléphone : _____

Le patient fait-il usage de tabac sous quelque forme que ce soit (cigarette, cigare, pipe, cigarillos) ou tout autre forme ? ☐ Non ☐ Oui

Le patient a-t-il déjà fait usage du tabac ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, à quel moment le patient a-t-il cessé ? A A A A M M J J

Renseignements additionnels : _____

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie) _____ N° du permis d'exercice _____

Lien de parenté avec le patient ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, précisez : _____

Adresse du médecin traitant _____ Téléphone _____

X _____ A A A A M M J J
Signature du médecin traitant Date