

N° de contrat d'assurance _____

Prénom et nom de famille _____

Nom de famille à la naissance _____

| A | A | A | A | M | M | J | J |
Date de naissance

Déclaration du médecin traitant (à remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____

1.2 Secondaire : _____

1.3 Complications : _____

1.4 L'incapacité est-elle reliée à : un accident une maladie un accident de travail un accident de la route

1.5 Pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état le ou les diagnostics, est-ce que le patient a déjà :

reçu des traitements consulté un autre médecin pris des médicaments été hospitalisé subi des examens

Précisez les périodes : _____

1.6 En lien avec le/les diagnostic(s), veuillez identifier les limitations totales du patient l'empêchant de travailler ou de vaquer à ses occupations habituelles :

Au début de l'invalidité

- Préparer les repas et/ou manger Gérer la médication
 Marcher/se déplacer à l'extérieur Entretien ménager
 Marcher/se déplacer à l'intérieur Hygiène
 Entretien extérieur de la maison Conduire un véhicule
 Autres, spécifiez : _____

En date d'aujourd'hui

- Préparer les repas et/ou manger Gérer la médication
 Marcher/se déplacer à l'extérieur Entretien ménager
 Marcher/se déplacer à l'intérieur Hygiène
 Entretien extérieur de la maison Conduire un véhicule
 Autres, spécifiez : _____

2. Traitement

2.1 Médicaments prescrits – nom et posologie : _____

2.2 Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :

- des examens ou des tests ? Oui Non Précisez : _____

- une chirurgie ? Oui Non S'agit-il d'une chirurgie d'un jour ? Oui Non

Type d'intervention chirurgicale : _____ Date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Période d'hospitalisation du | A | A | A | A | M | M | J | J | au | A | A | A | A | M | M | J | J |

Nom de l'hôpital : _____

- Recevra-t-il d'autres traitements ? Oui Non Précisez : _____

- S'il y a eu un court séjour en observation (nombre d'heures) : _____

Veuillez poursuivre votre déclaration au verso.

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Autres dates de consultations : _____

Date de la prochaine consultation : | A | A | A | A | M | M | J | J | Fréquence du suivi : _____

3.2 Orientation vers un autre médecin ? Oui Non

Nom du médecin : _____ Spécialité : _____

3.3 Durée approximative de l'incapacité : nb mois _____ nb semaines _____ nb jours _____ indéterminée

a) Le patient est-il apte à effectuer ses activités de façon autonome ou retourner au travail sans restrictions ?

Oui Non Si OUI, depuis quand ? | A | A | A | A | M | M | J | J | Si NON, quand pourra-t-il ? | A | A | A | A | M | M | J | J |

b) Le patient a-t-il repris ses activités partiellement ou effectué un retour au travail progressif ?

Oui Non Si OUI, depuis quand ? | A | A | A | A | M | M | J | J | Si NON, quand pourra-t-il ? | A | A | A | A | M | M | J | J |

4. Questions spécifiques au contrat

4.1 Si l'invalidité de votre patient est attribuable à un cancer, veuillez apporter les précisions suivantes :

S'agit-il d'un premier diagnostic à vie de cancer ? Oui Non

Si OUI, date de ce premier diagnostic : | A | A | A | A | M | M | J | J | Type de cancer : _____

Si NON, date du diagnostic antérieur de cancer : | A | A | A | A | M | M | J | J | Type de cancer : _____

4.2 Au cours des cinq (5) dernières années, le patient a-t-il consulté ou été traité par un médecin ou autre praticien, ou pris des médicaments prescrits par un médecin pour l'une ou l'autre des maladies ou affections suivantes : maladie cardio-vasculaire ou cérébro-vasculaire, cancer ou tumeur, SIDA ou toute affection reliée au SIDA, alcoolisme, maladie pulmonaire, abus de drogue, démence, épilepsie, diabète, problèmes rénaux, hépatite A, B ou C ?

Oui Non Si OUI, veuillez fournir les renseignements suivants :

Maladie	Date	Quand le patient a-t-il été informé de sa maladie ?	Périodes d'hospitalisation

5. Identification du médecin

Nom, prénom

Téléphone

N° de permis d'exercice : _____ Omnipraticien Spécialiste, précisez : _____

X _____
Signature

Date

Tous les frais encourus pour la rédaction du formulaire sont à la charge du réclamant.