

Nom de la personne assurée			Prénom de la personne assurée		
Date de naissance :	<input style="width: 100%;" type="text"/> Année	<input style="width: 100%;" type="text"/> Mois	<input style="width: 100%;" type="text"/> Jour	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	N° de contrat
Adresse (n°, rue, appartement, ville, province)					Code postal
Ind. rég.			Téléphone		

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.

1 La personne assurée est-elle représentée par un tuteur au majeur ? Oui Non – **Si oui :**

Nom du tuteur	Prénom du tuteur		
Lien avec la personne assurée			
Adresse (n°, rue, appartement, ville, province)	Code postal		
<input style="width: 100%;" type="text"/> Ind. rég.	<input style="width: 100%;" type="text"/> Téléphone (résidence)	<input style="width: 100%;" type="text"/> Ind. rég.	<input style="width: 100%;" type="text"/> Téléphone (travail)

2 La personne assurée demeure-t-elle à l'adresse mentionnée ci-dessus ? Oui Non

Si oui, avec qui demeure-t-elle ?

- Seule
- Son conjoint
- Un membre de sa famille
- Autre : _____

Si non, où demeure-t-elle ?

- Dans un centre d'hébergement
- Dans un hôpital
- Dans la résidence d'un membre de sa famille
- Autre : _____

3 La personne assurée a-t-elle séjourné à l'extérieur du Canada et des États-Unis d'Amérique depuis le début de son état de dépendance ? Oui Non

Si oui, du au

Année Mois Jour Année Mois Jour

4 La personne assurée a-t-elle passé une évaluation des capacités psychosociales ou fonctionnelles par un professionnel de la santé d'un CLSC ?

Oui Non – **Si oui**, nom et adresse du CLSC :

5 Nom et adresse du médecin personnel de la personne assurée :

Nom du médecin	
Adresse (n°, rue, ville, province)	Code postal

6 Nom et adresse de tous les médecins ou autres professionnels de la santé consultés :

Nom	Adresse	Date de la consultation												
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>							Année	Mois	Jour			
Année	Mois	Jour												
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>							Année	Mois	Jour			
Année	Mois	Jour												
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>							Année	Mois	Jour			
Année	Mois	Jour												

7 Nom et adresse des hôpitaux ou établissements où la personne assurée s'est présentée ou a été admise :

Nom (hôpital, établissement)	Adresse	Durée de l'hospitalisation																								
_____	_____	Du <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td><td colspan="3"></td></tr></table> au <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td><td colspan="3"></td></tr></table>							Année	Mois	Jour										Année	Mois	Jour			
Année	Mois	Jour																								
Année	Mois	Jour																								
_____	_____	Du <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td><td colspan="3"></td></tr></table> au <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td><td colspan="3"></td></tr></table>							Année	Mois	Jour										Année	Mois	Jour			
Année	Mois	Jour																								
Année	Mois	Jour																								
_____	_____	Du <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td><td colspan="3"></td></tr></table> au <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td><td colspan="3"></td></tr></table>							Année	Mois	Jour										Année	Mois	Jour			
Année	Mois	Jour																								
Année	Mois	Jour																								

8 Raisons pour lesquelles la personne assurée n'a pas séjourné dans un hôpital ou un autre établissement : _____

9 Renseignements additionnels : _____

Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce formulaire sont complètes et véridiques.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

X

Signature de la personne assurée ou de son tuteur