

INSTRUCTIONS

1. Remplir la déclaration du réclamant, signer et dater.
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

Déclaration du réclamant

Circonstances de l'accident

Date de l'accident

Lieu de l'accident

Date de la première consultation médicale pour cet accident

Date à laquelle vous avez cessé votre travail ou vos activités journalières à cause de cet accident

Nom du médecin consulté à la suite de cet accident

Adresse du médecin

Nom et adresse de deux témoins de l'accident

1. _____

Adresse _____
Téléphone _____

2. _____

Adresse _____
Téléphone _____**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. Tous les frais engagés sont à la charge du réclamant.

NOM ET PRÉNOM DU PATIENT

Déclaration du médecin traitant

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de l'accident

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date du premier traitement pour cette fracture ou sectionnement

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

L'ÉTAT DU PATIENT EST-IL :

dû à un accident ? Non OuiSi oui, s'agit-il d'un accident : de travail de véhicule automobile autre

Précisez : _____

TYPE DE FRACTURE SUBIE SUITE À L'ACCIDENT ? JOINDRE LE RAPPORT DE RADIOLOGIE

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Crâne | <input type="checkbox"/> Larynx | <input type="checkbox"/> Cubitus | <input type="checkbox"/> Fémur |
| <input type="checkbox"/> Colonne vertébrale | <input type="checkbox"/> Trachée | <input type="checkbox"/> Rotule | <input type="checkbox"/> Radius |
| <input type="checkbox"/> Bassin (os iliaque) | <input type="checkbox"/> Omoplate | <input type="checkbox"/> Tibia | <input type="checkbox"/> Péroné |
| <input type="checkbox"/> Sternum | <input type="checkbox"/> Humérus | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ | |

LA FRACTURE OU LE SECTIONNEMENT ÉTAIT-IL DÛ
UNIQUEMENT À L'ACCIDENT DONT IL EST QUESTION ? Non OuiSI NON, UNE MALADIE OU UNE AFFECTATION ANTÉRIEURE À L'ACCIDENT AURAIT-ELLE PU CAUSER
INDIRECTEMENT LA FRACTURE OU LE SECTIONNEMENT ? NON OUI

Si oui, précisez : _____

NATURE DU TRAITEMENT (INTERVENTIONS CHIRURGICALES, PHYSIOTHÉRAPIE, MÉDICAMENTS PRESCRITS, ETC.)

Y-A-T'IL EU HOSPITALISATION ?

 Non Oui

SI OUI, NOM DE L'INSTITUTION

COMMENTAIRES ET RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

Identification du médecin

Nom, prénom du médecin traitant (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

N° licence

Téléphone

 Omnipraticien Spécialiste, précisez : _____

Télécopieur

X

Signature du médecin traitant

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date