

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 maladieS'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 ? (Nom et adresse complète)

 Non Oui Si oui, lequel ?

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. Tous les frais engagés sont à la charge du patient.

Nom et prénom du patient

Diagnostic

Diagnostic principal

Date de ce diagnostic

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

L'état actuel du patient est-il :

- Dû à une maladie *Veillez préciser laquelle :* _____
- Dû à un accident *Veillez préciser le genre d'accident :* de travail de véhicule automobile autre : _____
- Relié à son travail *Veillez expliquer :* _____

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

- Non Oui Si oui, précisez :

Date de ce diagnostic

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

Type de cancer

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

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, ecg, autres tests et examens)**

Quand les symptômes sont-ils apparus pour la première fois ou quand 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

Si oui, précisez la date du ou des épisodes antérieurs

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

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

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

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 précisez :

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, quand le patient a-t-il cessé ?

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

Commentaires et renseignements pertinents

Nom du médecin traitant (caractères d'imprimerie)

N° de licence

Avez-vous un lien de parenté avec le patient ?

- Non Oui Si oui, lequel :

Adresse du médecin traitant

Téléphone

X
Signature du médecin traitant

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

Date