

Déclaration du médecin traitant – Maladie grave

Renseignements sur le patient

Nom de famille		Prénom		Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
Adresse				App./Bur.
Ville	Province/Territoire/État	Pays		Code postal/Code ZIP
Téléphone – domicile		Cellulaire		Numéro de police

AU SUJET DE LA MALADIE

VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION POUR TOUTES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT LIÉES À L'ASSURANCE MALADIES GRAVES, Y COMPRIS LES SECTIONS AYANT TRAIT À LA MALADIE GRAVE EN QUESTION.

- Nature de la maladie ou de la chirurgie : _____
- Le patient a-t-il déjà souffert de la même affection ou d'une affection semblable? Oui Non
 Si « **Oui** », veuillez indiquer la date : (JJ/MM/AAAA) _____
- Date d'apparition des premiers symptômes : (JJ/MM/AAAA) _____
- Description des symptômes : _____

- Date de la première consultation pour cette affection : (JJ/MM/AAAA) _____
- Date du diagnostic : (JJ/MM/AAAA) _____
- Date à laquelle le patient a été avisé de son diagnostic : (JJ/MM/AAAA) _____
 Nom de tout médecin vers qui vous avez dirigé le patient ou qui vous a confié le patient :

NOM	CLINIQUE OU HÔPITAL

Antécédents du patient

8 Depuis quand cette personne est-elle votre patient? _____ (JJ/MM/AAAA) _____

9 Le patient a-t-il des antécédents familiaux de cette affection ou de toute autre maladie héréditaire? Oui Non

Si « **Oui** », veuillez préciser : _____

10 Le patient fait-il usage du tabac, de produits de nicotine ou de la marijuana? Oui Non

Si « **Oui** », veuillez préciser le produit, la quantité par jour et la durée de consommation.

Si « **Non** », en a-t-il déjà fait usage? Dans l'affirmative, quand a-t-il cessé d'en faire usage?

11 Le patient a-t-il reçu des soins, des traitements ou des services, consulté un médecin ou pris des médicaments lui ayant été prescrits pour toute maladie ou toute autre affection? Oui Non

Si « **Oui** », veuillez préciser :

MALADIE	DATE À LAQUELLE LE PATIENT A ÉTÉ AVISÉ DE SA MALADIE (JJ/MM/AAAA)	RÉSULTATS

Diagnostic de maladie grave

CANCER

Veuillez joindre une copie du dossier médical complet du patient, y compris les fiches médicales, les rapports de consultation, les enquêtes, les résultats des tests et le rapport pathologique de la biopsie ayant permis l'établissement du diagnostic.

Diagnostic anatomopathologique : _____

Localisation du cancer : _____

Stade de développement du cancer (I à IV ou A à D, selon le cas) : _____

S'agit-il d'une récurrence? Oui Non

Date de la première apparition du cancer : (JJ/MM/AAAA) _____

Date de la récurrence : (JJ/MM/AAAA) _____

S'agit-il d'un cancer in situ ou y a-t-il invasion des tissus? _____

Les ganglions lymphatiques sont-ils atteints? Oui Non

Y a-t-il présence de métastases? Oui Non

Vers quelles autres parties du corps? _____

CRISE CARDIAQUE/INFARCTUS DU MYOCARDE

Veillez joindre une copie du dossier médical complet du patient, y compris les fiches médicales, les rapports de consultation, les enquêtes, les résultats des tests, les tests sanguins, les résultats de l'ECG et le résumé du dossier d'hospitalisation.

- S'agit-il du premier infarctus du myocarde de votre patient? Oui Non
- Si « **Non** », quelle est la date du précédent infarctus du myocarde? (JJ/MM/AAAA) _____
- Y a-t-il eu élévation et chute des marqueurs biochimiques cardiaques attestant le diagnostic d'infarctus du myocarde? .. Oui Non
- Y a-t-il eu de nouvelles modifications à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant un infarctus du myocarde? Oui Non
- Y a-t-il eu apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle (angiographie, angioplastie ou autre)? Oui Non

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC)

Veillez joindre une copie du dossier médical complet du patient, y compris les fiches médicales, les rapports de consultation, les enquêtes, les résultats des tests et le résumé du dossier d'hospitalisation.

- S'agit-il du premier accident vasculaire cérébral (AVC) de votre patient? Oui Non
- Si « **Non** », quelle est la date du précédent AVC? (JJ/MM/AAAA) _____
- Les déficits neurologiques ont-ils persisté pendant plus de 30 jours après le diagnostic? Oui Non
- Si « **Oui** », veuillez décrire les déficits neurologiques résiduels : _____
- L'AVC a-t-il été causé par un traumatisme? Oui Non
- Si « **Oui** », veuillez le décrire : _____
- _____
- _____

SCLÉROSE EN PLAQUES

Veillez joindre une copie du dossier médical complet du patient, y compris les fiches médicales, les rapports de consultation, les enquêtes, les résultats des tests et le résumé du dossier d'hospitalisation.

- Y a-t-il eu au moins deux épisodes distincts, confirmés par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation? Oui Non
- Y a-t-il eu des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins 6 mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation? Oui Non
- Y a-t-il eu un seul épisode, confirmé par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation et s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois? Oui Non
- Le diagnostic de sclérose en plaques a-t-il été posé par un spécialiste? Oui Non

AUTRE MALADIE

Veillez joindre une copie du dossier médical complet du patient, y compris les résultats des tests et le résumé du dossier d'hospitalisation.

DIAGNOSTIC : _____

Veillez décrire les symptômes et ajouter vos commentaires ou tout autre renseignement à l'appui de cette demande de règlement :

Déclaration du médecin traitant – Maladie grave

Veillez fournir tout autre renseignement que vous jugerez utile pour l'évaluation de la demande de règlement liée à l'assurance maladies graves soumise par votre patient :

Renseignements sur le médecin

Nom du médecin		Spécialité	
Adresse			
Ville	Province/Territoire/État	Pays	Code postal/Code ZIP
Numéro de téléphone (avec indicatif régional)		Courriel	

Signature du médecin

Date : (JJ/MM/AAAA) _____

Tous frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge du demandeur.

Veillez vous rendre sur le site ivari.ca pour lire notre politique sur la protection de la vie privée et comprendre la façon dont nous traitons vos renseignements personnels. Veuillez noter que nous pouvons mettre à jour cette politique de temps à autre.



C.P. 4241, Station A, Toronto (Ontario) M5W 5R3 • Téléphone : 1-855-806-5057 • reclamations@ivari.ca



Vous pouvez nous transmettre de manière instantanée et sécurisée vos formulaires remplis et signés en utilisant notre outil en ligne *Envoyer des documents* accessible sur ivari.ca.

MC ivari et les logos ivari sont des marques de commerce d'ivari Holdings ULC. ivari est autorisée à utiliser ces marques.