

## Déclaration du médecin traitant – Maladie grave

### Renseignements sur le patient **VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE, À L'ENCRE**

Prénom		Nom de famille	
Adresse			
Numéro de téléphone		Numéro de police	Date de naissance JJ / MM / AAAA

### AU SUJET DE LA MALADIE

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

- 1 Nature de la maladie ou de la chirurgie : \_\_\_\_\_
- 2 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
- 3 Date d'apparition des premiers symptômes :  JJ / MM / AAAA
- 4 Description des symptômes : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 5 Date de la première consultation pour cette affection :  JJ / MM / AAAA
- 6 Date du diagnostic :  JJ / MM / AAAA
- 7 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

## Déclaration du médecin traitant – Maladie grave

### Antécédents du patient

8 Depuis quand cette personne est-elle votre patient? \_\_\_\_\_       /       /            

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	RÉSULTATS
	<u>  </u> <u>  </u> / <u>  </u> <u>  </u> / <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>	
	<u>  </u> <u>  </u> / <u>  </u> <u>  </u> / <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>	
	<u>  </u> <u>  </u> / <u>  </u> <u>  </u> / <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>	
	<u>  </u> <u>  </u> / <u>  </u> <u>  </u> / <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>	

### 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 :       /       /            

Date de la récurrence :       /       /            

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? \_\_\_\_\_

## Déclaration du médecin traitant – Maladie grave

---

### 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 :

---

---

---

---

---

