Rapport d'examen paramédical

C.P. 4241, Station A
Toronto (Ontario) M5W 5R3

Pour la police n°/proposition n° _____

Directives : Lorsque vous répondez aux questions sur l'état de santé, NE fournissez PAS de renseignements sur tout test génétique que vous avez subi ou prévoyez subir. Un test génétique est un test médical analysant l'ADN, l'ARN ou les chromosomes. Vous devez toutefois fournir les renseignements sur tout autre type de tests médicaux.

1 Personne à assurer EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

○ M. ○ Mme ○ Mlle ○ Autre _____

Prénom(s) : _____ Nom de famille : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA) Sexe à la naissance : ○ M ○ F Statut actuel : ○ Fumeur ○ Non-fumeur

2 Nom du conseiller ou du distributeur demandant l'examen : _____

3 Médecin de famille ou clinique (si aucun, veuillez fournir des détails sur le dernier médecin consulté).
Consultez-vous un médecin de famille ou une clinique de façon régulière? ○ oui ○ non
Dans ***l'affirmative***, veuillez donner le nom du médecin ou de la clinique.

Nom du médecin/de la clinique : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Date de la dernière consultation : (JJ/MM/AAAA) _____

Raison de la consultation : _____

Résultats : _____

Traitement/Médicaments sur ordonnance : _____

Avez-vous fait usage de médicaments non prescrits ou de stupéfiants? ○ oui ○ non

Suivi nécessaire ou prévu (autre que les examens de routine) : ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez fournir des détails.

_____

_____

4 **SI VOUS RÉPONDEZ PAR *L'AFFIRMATIVE* À L'UNE OU L'AUTRE DES QUESTIONS 4 À 24, VEUILLEZ FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES.**

Un membre de votre famille indiqué ci-dessous (vivant ou décédé) a-t-il déjà souffert ou souffre-t-il d'hypertension, d'une maladie du cœur, d'un accident vasculaire cérébral, d'un cancer (préciser le type), de diabète, d'une maladie polykystique des reins, d'une maladie mentale, de la chorée de Huntington, d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou-Gehrig), d'une maladie des motoneurones, de sclérose en plaques, de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson ou de toute autre maladie héréditaire?

○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez fournir des détails.

MEMBRE DE LA FAMILLE	MALADIE/TROUBLE	ÂGE AU DÉBUT DE LA MALADIE/DU TROUBLE	ÂGE SI VIVANT	ÂGE AU DÉCÈS	CAUSE DU DÉCÈS
Père					
Mère					
Frère					
Frère					
Frère					
Sœur					
Sœur					
Sœur					

5 Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté un conseiller médical autre que celui nommé ci-dessus?
○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez fournir des détails.

_____

_____

6 a) Êtes-vous traité ou suivi par un conseiller médical qui n'est pas indiqué à la page précédente?
○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez fournir des détails.

b) Prenez-vous des médicaments à base d'herbes, holistiques ou sous ordonnance qui ne sont pas indiqués à la page précédente?
○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez fournir le nom, la posologie et la raison.

7 Avez-vous déjà eu ou vous êtes-vous déjà fait dire que vous aviez des troubles ou avez-vous déjà été traité ou conseillé en ce qui concerne :

a) **Coeur et système circulatoire :** ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails ci-dessous.

- ☐ Coeur
- ☐ Vaisseaux sanguins
- ☐ Palpitations
- ☐ Essoufflements
- ☐ Douleurs thoraciques
- ☐ Maladie vasculaire périphérique
- ☐ Angine
- ☐ Hypertension
- ☐ Crise cardiaque
- ☐ Fièvre rhumatismale
- ☐ Accident vasculaire cérébral (AVC)
- ☐ Accident ischémique transitoire (AIT)
- ☐ Pontage
- ☐ Mauvaise circulation
- ☐ ECG anormal
- ☐ Souffle cardiaque
- ☐ Angioplastie
- ☐ Malformation cardiaque congénitale
- ☐ Anévrisme
- ☐ Artériosclérose
- ☐ Poulx irréguliers
- ☐ Caillot sanguin
- ☐ Taux élevés de cholestérol
- ☐ Toute autre maladie ou tout autre trouble

b) **Yeux, oreilles, nez, gorge, poumons, système respiratoire :** ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails ci-dessous.

- ☐ Poumons
- ☐ Essoufflements
- ☐ Gorge
- ☐ Sarcoïdose
- ☐ Toux persistante
- ☐ Autre trouble de la vue
- ☐ Maladie pulmonaire obstructive chronique
- ☐ Nez
- ☐ Emphysème
- ☐ Asthme
- ☐ Tuberculose
- ☐ Crachements de sang
- ☐ Apnée du sommeil
- ☐ Bronchite chronique
- ☐ Cécité
- ☐ Névrite optique
- ☐ Surdité
- ☐ Enrouements
- ☐ Fièvre persistante
- ☐ Tout autre trouble ou toute autre maladie

c) **Système gastro-intestinal :** ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails ci-dessous.

- ☐ Organes digestifs
- ☐ Ulcère
- ☐ Indigestion récurrente
- ☐ Maladie coeliaque
- ☐ Diarrhée persistante ou chronique
- ☐ Colite ulcéreuse
- ☐ Colite
- ☐ Maladie de Crohn
- ☐ Hépatite
- ☐ Maladie intestinale inflammatoire
- ☐ Jaunisse
- ☐ Cirrhose du foie
- ☐ Problème gastro-intestinal
- ☐ Porteur du virus d'hépatite
- ☐ Toute autre maladie ou tout autre trouble
- ☐ Saignement

d) **Reins, vessie, et organes génitaux :** ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails ci-dessous.

- ☐ Reins
- ☐ Vessie
- ☐ Prostate
- ☐ Organes génitaux
- ☐ Maladies transmissibles sexuellement
- ☐ Néphrite
- ☐ Test de Pap anormal
- ☐ Organes urinaires
- ☐ Taux de sucre anormal
- ☐ Taux d'antigène prostatique spécifique (APS) élevé
- ☐ Sang dans l'urine
- ☐ Anomalie dans l'urine
- ☐ Taux de protéines anormal
- ☐ Toute autre maladie ou tout autre trouble

e) **Système nerveux et cerveau :** ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails ci-dessous.

- ☐ Maux de tête chroniques
- ☐ Convulsions
- ☐ Fatigue chronique
- ☐ Perte de la parole
- ☐ Troubles héréditaires
- ☐ Maladie des motoneurones
- ☐ Perte de mémoire
- ☐ Maladie d'Alzheimer
- ☐ Coma
- ☐ Perte de sensation
- ☐ Dystrophie musculaire
- ☐ Blessures à la tête et au cerveau
- ☐ Faiblesse dans les extrémités
- ☐ Étourdissements
- ☐ Paralysie
- ☐ Neuropathie
- ☐ Sclérose en plaques
- ☐ Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou-Gehrig)
- ☐ Maladie de Parkinson
- ☐ Méningite
- ☐ Névrite
- ☐ Paralysie cérébrale
- ☐ Syndrome de Down
- ☐ Perte d'équilibre
- ☐ Perte de conscience
- ☐ Épilepsie
- ☐ Engourdissements ou fourmillements
- ☐ Anomalie congénitale
- ☐ Toute autre maladie ou tout autre trouble

7 *suite*

f) **Sang, système glandulaire et système endocrinien :** ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails ci-dessous.

☐ Anémie ☐ Glandes hypertrophiées ☐ Diabète ☐ Glycémie anormale ☐ Troubles hormonaux
☐ Thyroïde ☐ Trouble de la glande surrénale ☐ Échographie anormale ☐ Tumeur ☐ Maladie du sein
☐ Mammographie anormale ☐ Trouble de la glande pituitaire ☐ Biopsie du sein ☐ Anémie persistante ☐ Hémophilie
☐ Troubles du système endocrinien ☐ Toute autre maladie ou tout autre trouble

g) **Trouble nerveux, mental ou de l'humeur :** ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails ci-dessous.

☐ Anxiété ☐ Stress ☐ Surmenage ☐ Dépression ☐ Trouble bipolaire
☐ Schizophrénie ☐ Tentative de suicide ☐ Idéation de suicide ☐ Troubles du comportement ☐ Troubles alimentaires
☐ Troubles émotionnels ☐ Déficience cognitive ☐ Handicap lié au développement ☐ Trouble déficitaire de l'attention (TDA) ☐ Autisme
☐ Toute autre maladie ou tout autre trouble

h) **Dos, muscles et os :** ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails ci-dessous.

☐ Arthrite ☐ Paralysie ☐ Difformité ☐ Fibromyalgie ☐ Arthrose
☐ Polyarthrite rhumatoïde ☐ Microtraumatismes répétés ☐ Autres conditions limitant la flexion ☐ Toute autre maladie ou tout autre trouble

i) **Système immunitaire :** ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails ci-dessous.

☐ Syndrome d'immunodéficience ☐ SIDA ☐ Résultats d'analyses indiquant une exposition au virus du SIDA (VIH)
☐ Lupus ☐ Sclérodermie ☐ Toute autre maladie ou tout autre trouble

j) **Tumeur ou croissance :** ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails ci-dessous.

☐ Cancer ☐ Kyste ☐ Tumeur ☐ Mélanome ☐ Lymphome
☐ Leucémie ☐ Polype ☐ Toute autre maladie ou tout autre trouble

k) **Trouble cutané :** ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails ci-dessous.

☐ Psoriasis ☐ Lésions cutanées ☐ Ulcères ☐ Grain de beauté ☐ Syndrome du nævus dysplasique
☐ Toute autre maladie ou tout autre trouble

8 a) Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté des symptômes ou des douleurs persistantes non diagnostiquées pour lesquels vous n'avez pas obtenu de traitement ou de consultation? ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez fournir des détails.

b) Vous a-t-on recommandé un traitement, une consultation ou un test médical que vous n'avez pas encore effectué ou dont vous n'avez pas encore obtenu les résultats? ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez fournir des détails.

9 Au cours des 5 dernières années, avez-vous passé ou vous a-t-on recommandé l'un ou l'autre des tests suivants :
○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails ci-dessous.

☐ Tomodensitogramme (Scan) ☐ Scan de calcium des artères coronaires ☐ Imagerie par résonance magnétique (IRM)
☐ Électrocardiogramme ☐ Rayons X ☐ Tout autre test diagnostique

10 Avez-vous déjà demandé ou reçu une pension, une prestation d'invalidité ou une indemnité pour maladie, blessure ou chirurgie non encore effectuée? ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez fournir des détails.

11 Avez-vous été absent du travail : *(Veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails ci-dessous.)*
☐ pour plus de 7 jours au cours des 6 derniers mois en raison d'une maladie ou d'une blessure?
○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez fournir des détails.

☐ pour plus de 2 semaines en raison d'une invalidité au cours des 24 derniers mois?
○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez fournir des détails.

12 Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait usage de sédatifs, de tranquillisants, d'héroïne, de morphine, de cocaïne, de barbituriques, d'amphétamines, de LSD, de marijuana ou d'autres dépresseurs, d'ecstasy, de stimulants, d'hallucinogènes, de stupéfiants ou de tout autre médicament engendrant la dépendance ou toute autre drogue illicite?
○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

TYPE	QUANTITÉ	FRÉQUENCE	DATE DU DERNIER USAGE (JJ/MM/AAAA)
		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique	
		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique	
		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique	
		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique	

13 Consommez-vous de l'alcool? ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

TYPE	NOMBRE/QUANTITÉ		FRÉQUENCE
Bière		Bouteilles	○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○à l'occasion/socialement
Vin		Verres	○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○à l'occasion/socialement
Alcool		○oz ○ml	○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○à l'occasion/socialement

14 Avez-vous déjà décidé ou vous a-t-on déjà recommandé de diminuer votre consommation d'alcool ou de drogues, ou avez-vous déjà reçu, ou vous a-t-on recommandé de recevoir, des conseils ou des traitements pour toxicomanie ou pour abus d'alcool ou de substances chimiques? ○ oui ○ non
Dans ***l'affirmative***, veuillez fournir des détails et la ***date du dernier usage*** : (JJ/MM/AAAA) _____

15 Avez-vous fumé ou fait usage de l'un ou l'autre des produits énoncés dans le tableau ci-dessous : ○ oui ○ non
Dans ***l'affirmative***, veuillez remplir le tableau ci-dessous. ○ au cours des 12 derniers mois? ○ au cours des 24 derniers mois?

PRODUIT	QUANTITÉ	FRÉQUENCE
Cigarettes		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique
Cigarillos		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique
Cigarette électronique		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique
Pipe		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique
Chicha/narguilé (pipe à eau/à usage spirituel)		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique
Gros cigares traditionnels/petits cigares		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique
Tabac à mâcher		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique
Noix de bétel		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique
Tabac à priser		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique
Timbres de nicotine		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique
Gomme Nicorette		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique
Marijuana/cannabinoïdes/hachisch (joints/ consommation)		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique
Tout autre produit de désaccoutumance au tabac ou tabac sous n'importe quelle autre forme		○par jour ○par semaine ○par mois ○par année ○usage unique

16 Taille (sans souliers) _____ pi _____ po _____ cm Avez-vous mesuré? ○ oui ○ non
Poids (avec vêtements d'intérieur) _____ lb _____ kg Avez-vous pesé? ○ oui ○ non

17 Variation du poids pendant les 12 derniers mois : ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez fournir des détails ci-dessous.
Gain _____ lb _____ kg Perte _____ lb _____ kg
Raison : _____

18 Tour de la poitrine dénudée (hommes seulement) Inspiration complète : _____
Tour de l'abdomen à l'ombilic Expiration complète : _____

19 Tension artérielle (assis au repos). Refaire à la fin de l'examen si la tension est au-dessus de 140/90.

LECTURE	PREMIÈRE	DEUXIÈME	DERNIÈRE
Systolique	mm	mm	mm
Diastolique (à la cessation du son)	mm	mm	mm

20

POULS	FRÉQUENCE	IRRÉGULARITÉS
a) Au repos		
b) Prendre de nouveau le pouls 5 minutes plus tard : i) si la fréquence initiale est de 90 ou plus, ou ii) s'il y a des irrégularités		

21 Si la personne à assurer est une femme, est-elle menstruée? ○ oui ○ non

22 Tests subis et(ou) échantillons envoyés sous pli séparé :

☐ ECG – Repos	☐ Échantillon d'urine	Code à barres **DYNACARE :**
☐ ECG – Effort	☐ Échantillon de sang	Code à barres **DYNACARE :**

23 Une tierce partie (un traducteur par exemple) était-elle présente au cours de l'examen?
○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez indiquer la raison et le lien de parenté avec la personne à assurer.

_____

_____

24 L'identité de la personne à examiner a-t-elle été vérifiée? ○ oui ○ non Dans ***l'affirmative***, veuillez fournir des détails ci-dessous :
Veuillez exiger l'original d'une pièce d'identité valide avec photo : passeport, permis de conduire, citoyenneté canadienne, âge de la majorité ou carte d'identité des Forces canadiennes.

DOCUMENT D'IDENTIFICATION	NUMÉRO DU DOCUMENT D'IDENTIFICATION	AUTORITÉ ÉMETTRICE	DATE D'EXIPIRATION (MM/AAAA)

Renseignements sur l'examinateur/le professionnel de la santé **N° de la commande paramédicale :**

Nom (prénom et nom en lettres moulées)

Signature | Titre

Adresse

Ville | Province | Code postal

Nom du prestataire de services

AVIS : Assurez-vous de lire attentivement votre proposition d'assurance et sa page intitulée Avis de divulgation et de bien comprendre l'intégralité de son contenu. Sur réception de votre proposition d'assurance, nous évaluerons votre admissibilité en tant que personne à assurer en nous basant sur les renseignements que vous avez fournis dans la proposition et ceux provenant d'autres sources et ayant notamment trait aux antécédents médicaux, à l'état physique, à la profession, au mode de vie et à la situation financière. Dès que nous aurons défini le niveau de risque, nous vous aviserons si l'assurance demandée peut être établie.

DÉCLARATION

Je, la personne à assurer, déclare que les réponses données et les déclarations faites dans le rapport d'examen paramédical d'*ivari* sont véridiques et complètes et qu'elles font partie intégrante de la preuve d'assurabilité relativement à une proposition d'assurance (ou une demande de remise en vigueur ou de modification de mon assurance actuelle) auprès d'*ivari*.

AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

J'autorise un représentant d'*ivari* à faire effectuer les épreuves, examens, radiographies, électrocardiogrammes, bilans sanguins et analyses des urines qu'*ivari* pourrait exiger. Je comprends et j'accepte que les épreuves incluent, le cas échéant et sans s'y limiter, des épreuves/examens pour maladie des reins, maladie du foie, maladie des os, facteurs de risque pour maladie cardiaque, SIDA ou preuve d'exposition au virus du SIDA, ainsi que la présence de médicaments, de drogues, de nicotine ou leurs métabolites. *ivari* peut communiquer les résultats de ces épreuves et examens à mon médecin.

Je, la personne à assurer, autorise et enjoins tout médecin, tout praticien, tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou établissement lié aux soins médicaux, toute compagnie d'assurance, le MIB, Inc., ou tout autre organisme, toute institution, association ou personne ayant ou pouvant éventuellement avoir des renseignements sur moi ou sur ma santé (« Sources ») à fournir lesdits renseignements à *ivari*, à ses représentants autorisés et à ses réassureurs, sur demande d'*ivari*. J'autorise *ivari*, ou ses réassureurs à transmettre un bref rapport sur ma santé au MIB Inc. J'autorise également *ivari* à transmettre les renseignements d'ordre médical à mon médecin personnel.

RECONNAISSANCE

Je reconnais et j'accepte que :

i) les renseignements recueillis auprès des Sources soient utilisés par *ivari* aux fins suivantes : l'évaluation de ma proposition d'assurance, la prestation de services à l'égard de ma police, la conduite d'enquêtes et l'analyse de toute demande de règlement.

ii) le présent document fasse partie de la proposition d'assurance et que mes renseignements personnels puissent être communiqués aux entités et aux personnes nommées ci-dessus dans le but d'obtenir les renseignements requis. Mes renseignements personnels peuvent également être communiqués ou divulgués aux agents généraux délégués, aux distributeurs, aux intermédiaires de marché et à leurs employés et agents, ainsi qu'à vos conseillers indépendants, aux fins décrites ci-dessus.

Le cas échéant, mes renseignements personnels peuvent être communiqués à mes bénéficiaires relativement à une demande de règlement.

CONSENTEMENT

Je consens par la présente à la divulgation de mes renseignements personnels, comme il est autorisé et reconnu ci-dessus.

Une photocopie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.

Fait à (ville) _____ dans la province de _____ le _____
(JJ/MM/AAAA)

Personne à assurer

PÈRE, MÈRE OU TUTEUR LÉGAL SI LA PERSONNE À ASSURER EST MINEURE

Examinateur/Témoin

ivari MC

C.P. 4241, Station A, Toronto (Ontario) M5W 5R3 • ivari.ca

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