

Déclaration du médecin traitant

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE**

Assuré - N° FCC	N° de transit	N° de prêt
Nom à la naissance		Date de naissance
Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	N° d'assurance sociale

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

Pour qu'une demande de règlement relative à un accident vasculaire cérébral (AVC) soit acceptée aux termes de la présente police d'assurance en cas de maladies graves, celle-ci doit satisfaire à la définition suivante :

Par accident vasculaire cérébral, nous entendons le diagnostic, posé par un neurologue ou un interniste autorisé à pratiquer et pratiquant la médecine dans une province canadienne, de la mort du tissu cérébral, causée par une thrombose, une hémorragie ou une embolie, provenant d'une source intra ou extra crânienne. Les signes d'incapacité neurologique permanents mesurables et objectifs doivent persister pendant au moins 30 jours suivant l'Accident Vasculaire Cérébral.

1. a) Date de la première consultation? 

A	M	J
- b) Depuis combien de temps soignez-vous ce patient? \_\_\_\_\_
2. a) Un diagnostic d'accident vasculaire cérébral a-t-il été posé?  Non  Oui
- b) Date à laquelle l'AVC s'est produit ? 

A	M	J
- c) Décrire la cause de l'AVC. \_\_\_\_\_
- d) Décrire les déficits neurologiques résiduels. \_\_\_\_\_
- e) Durant combien de temps les déficits neurologiques ont-ils persistés ? \_\_\_\_\_
- f) Qui a établi le diagnostic relatif à cet état de santé ? \_\_\_\_\_

**Veillez joindre à la présente une copie de la tomodensitométrie ou de l'imagerie par résonance magnétique, si elle est disponible.**

3. a) À quelle date le patient a-t-il été avisé du diagnostic? 

A	M	J
- b) Qui a avisé le patient? \_\_\_\_\_
4. a) Veuillez énumérer les noms et adresses des autres médecins consultés par votre patient ou des hôpitaux où il s'est rendu relativement à cet accident vasculaire cérébral ou AVC :

Nom des médecins ou des hôpitaux	Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)	Date du (année, mois, jour)	Date à (année, mois, jour)																								
		<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 60px;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J										<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 60px;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J									
A	M	J																									
A	M	J																									
		<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 60px;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J										<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 60px;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J									
A	M	J																									
A	M	J																									
		<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 60px;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J										<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 60px;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	M	J									
A	M	J																									
A	M	J																									

- b) Quels autres examens ou investigations ont été effectués? Veuillez fournir des détails à cet effet.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**POURSUIVRE AU VERSO**

5. À quelle date votre patient a-t-il présenté des symptômes ou souffert d'une maladie vasculaire cérébrale pour la première fois?

	A			M		J

Veillez décrire les symptômes et en fournir les détails.

---

---

---

---

6. Veuillez décrire, en incluant les dates, tout état prédisposant ou facteur de risque associé à la maladie vasculaire cérébrale de votre patient.

---

---

---

---

7. Le patient a-t-il des antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire, maladie vasculaire cérébrale, cancer ou diabète ? Veuillez donner des détails à cet effet.

---

---

---

---

8. Veuillez détailler les habitudes de votre patient relatives à l'usage du tabac, incluant la quantité par jour et la date à laquelle il a fait usage de tabac pour la dernière fois.

---

---

---

---

9. Veuillez fournir tout autre renseignement pouvant être utile à l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.

---

---

---

---

**Veillez joindre à la présente les copies de tout rapport de spécialiste ou d'hôpital aux fins d'évaluation par notre Directeur médical.**

**SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT**

Nom et adresse (en caractères d'imprimerie)

---

---

---

Spécialité

---

N° de téléphone ( )

--	--	--	--	--	--	--	--

SIGNATURE

---

DATE

	A			M		J

**Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, les frais étant à sa charge.**