

Déclaration du médecin traitant

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Assuré - N° FCC	N° de transit	N° de prêt
Nom de famille 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 une crise cardiaque (infarctus du myocarde) soit acceptée aux termes de la présente police d'assurance en cas de maladies graves, celle-ci doit satisfaire à la définition suivante :

Par crise cardiaque, nous entendons le diagnostic, posé par un cardiologue ou un interniste autorisé à pratiquer et pratiquant la médecine dans une province canadienne, de la mort d'une partie du muscle cardiaque résultant d'un apport sanguin inadéquat à l'endroit concerné. Le diagnostic doit être basé sur la présence simultanée des deux points suivants :

- de nouveaux changements électrocardiographiques (ECG) témoignant d'un infarctus du myocarde, et
- une élévation des enzymes cardiaques ou tout autre marqueur au-dessus du niveau normal acceptable.

1. a) Date de la première consultation?

A	M	J
- b) Depuis combien de temps soignez-vous ce patient? _____
2. a) Un diagnostic d'infarctus du myocarde a-t-il été posé? Non Oui
- b) Date à laquelle le diagnostic a été posé ?

A	M	J
- c) Qui a établi le diagnostic? _____
- d) Veuillez énumérer les noms et adresses des autres médecins consultés par votre patient ou des hôpitaux où il s'est rendu relativement à cette crise cardiaque :

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;"><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;"><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;"><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;"><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;"><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;"><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																									

3. Veuillez fournir des précisions et une copie des tests subis en rapport avec l'infarctus du myocarde subi par votre patient.
- a) les changements à l'**ECG** témoignant d'un infarctus, ou des copies des tracés si elles sont disponibles;
- _____
- _____
- _____
- b) les **niveaux des enzymes cardiaques**, incluant la fraction CPK – MB et le pourcentage du CPK total au moment du diagnostic :
- _____
- _____
- _____

POURSUIVRE AU VERSO

4. Y a-t-il eu d'autres examens? Veuillez indiquer les dates et fournir les renseignements ou les rapports pertinents.

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

	A		M		J

Veuillez 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 cardio-vasculaire de votre patient.

7. Le patient a-t-il des antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire, maladie vasculaire cérébrale, cancer ou diabète? Veuillez fournir 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.

Veuillez 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.