

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

N° de prêt/police _____ Transit _____

Nom à la naissance _____

Date de naissance (AAAA MM JJ) _____

Prénom _____

H F
Sexe

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

1. a) Date de la première consultation ? _____
Date (AAAA MM JJ)

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 ? _____
Date (AAAA MM JJ)

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 ? _____
Date (AAAA MM JJ)

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)	Du (AAAA MM JJ)	Au (AAAA MM JJ)

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

Continuez à la page 2

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

_____ Date (AAAA MM JJ)

Veillez décrire les symptômes et en fournir les détails.

6. Veillez 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 ?
Veillez donner des détails à cet effet.

8. Veillez détailler les habitudes de votre patient relatives à l'usage de tabac, de marijuana, de cigarette électronique ou encore de produits de remplacement de la nicotine. Veillez indiquer la quantité par jour et la date à laquelle il a fait usage de tabac pour la dernière fois.

9. Veillez 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 lettres moulées) :

Spécialité : _____

N° de téléphone : _____

Signature

Date (AAAA MM JJ)

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