

**RENSEIGNEMENTS SUR LA CARTE DE CRÉDIT**

N° de compte Mastercard \_\_\_\_\_ La demande concerne :  
 Titulaire de la carte  Le conjointe assuré

**IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ**

Nom à la naissance \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Sexe :  H  F Date de naissance (AAAA MM JJ) \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

L'objet de cette déclaration est de nous aider à obtenir la confirmation du diagnostic de cancer. À cette fin, veuillez donner suffisamment de précisions concernant l'histoire de la maladie, vos observations, votre diagnostic, le traitement prescrit et les résultats obtenus.

**1- DATE DE NAISSANCE** \_\_\_\_\_  
(AAAA MM JJ)

**2- DIAGNOSTIC (Y COMPRIS TOUTES COMPLICATIONS)**

- a) Diagnostic \_\_\_\_\_ b) Stade de la maladie (TNM) : \_\_\_\_\_  
c) Date à laquelle le diagnostic a été posé : \_\_\_\_\_ d) Spécifier à l'aide de quel examen diagnostique (Rx, imagerie, ct-scan) : \_\_\_\_\_  
(AAAA MM JJ)  
e) Date de la biopsie au cours de laquelle un diagnostic de cancer est soutenu par l'opinion d'un pathologiste faisant partie d'une association dûment reconnue au Canada : \_\_\_\_\_ **Nous fournir une copie des rapports de pathologie suivants : biopsie(s) et chirurgie(s).**  
(AAAA MM JJ)  
f) Est-ce le premier diagnostic de cancer chez ce patient :  Oui  Non Sinon à quand remonte le premier épisode : \_\_\_\_\_  
(AAAA MM JJ)  
g) Date de la première visite : \_\_\_\_\_ Date du dernier examen : \_\_\_\_\_  
(AAAA MM JJ) (AAAA MM JJ)  
h) Date de la prochaine visite : \_\_\_\_\_ Fréquences des visites : \_\_\_\_\_  
(AAAA MM JJ)  
i) Depuis quelle date considérez-vous que ce patient est totalement invalide ? \_\_\_\_\_  
(AAAA MM JJ)

**3- ANTÉCÉDENTS NÉOPLASMIQUES PREMIERS**

- a) Date d'apparition des symptômes : \_\_\_\_\_  
(AAAA MM JJ)
- Quels étaient ces symptômes ? \_\_\_\_\_
  - Quand pour la première fois, un médecin a-t-il été consulté en rapport avec ces symptômes ? \_\_\_\_\_
  - Qui était ce médecin ? \_\_\_\_\_

b) Antérieurement à cette invalidité totale, le patient a-t-il pour la ou les mêmes maladies décrites ci-haut :

- reçu des traitements médicaux ?  non  oui préciser les périodes : \_\_\_\_\_
- consulté un médecin ?  non  oui préciser les périodes : \_\_\_\_\_
- subi des examens ?  non  oui préciser les périodes : \_\_\_\_\_
- fait usage de médicaments ?  non  oui préciser les périodes : \_\_\_\_\_
- été hospitalisé ?  non  oui préciser les périodes : \_\_\_\_\_

**4- NATURE DU TRAITEMENT**

a)  Repos  Chimiothérapie  Radiothérapie  Aucun  Autres  Hospitalisation

Date du début des traitements actifs \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_ Date de fin \_\_\_\_\_  
(AAAA MM JJ) (AAAA MM JJ)

Médicaments prescrits et posologie : \_\_\_\_\_

b) Chirurgie subie ?  Oui  Non préciser quand : \_\_\_\_\_

Description : \_\_\_\_\_

c) Le patient suit-il les traitements recommandés ?  Non  Oui

---

**SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT**

---

Prénom et nom (*en lettres moulées*) : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Signature **X** \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(AAAA MM JJ)

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

---

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

---

Signature autorisée : **X** \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(AAAA MM JJ)