

Première partie : Autorisation du (de la) patient(e)

Nom du (de la) patient(e)	Date de naissance _____ JJ / MM / AA
J'autorise par la présente la divulgation de tout renseignement relatif à cette demande à mon assureur et au titulaire de la police.	
Signature du (de la) patient(e)	Date _____ JJ / MM / AA

Deuxième partie : Déclaration du médecin traitant

Diagnostic :		
A) Affectation principale :		
B) Affectation secondaire :		
C) Autres problèmes ou complications :		
Date d'apparition des symptômes _____ JJ / MM / AA	Le (La) patient(e) a-t-il (elle) déjà éprouvé ce problème ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, donner les dates et les détails.	
Date à laquelle le (la) patient(e) a été soigné(e) pour la première fois, mesures diagnostiques, médicaments ou consultation pour ce problème. _____ JJ / MM / AA		
Date du dernier traitement pour ce problème, si elle diffère de la date susmentionnée. _____ JJ / MM / AA	Date du dernier traitement pour ce problème. _____ JJ / MM / AA	
Le (La) patient(e) a-t-il (elle) été hospitalisé(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom et adresse de l'hôpital.	
Date du traitement à l'hôpital		
Patient à l'externe : _____ JJ / MM / AA	OU Patient hospitalisé : _____ JJ / MM / AA	Congé : _____ JJ / MM / AA
Traitement chirurgical, au besoin : _____ Date : _____ JJ / MM / AA	Détails :	
À votre connaissance, d'autres médecins ont-ils traité ce (cette) patient(e) pour le problème actuel ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, donnez les noms et adresses :		
Croyez-vous que le (la) patient(e) est en mesure d'endosser des chèques et de bien les utiliser ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Veillez résumer les antécédents médicaux de votre patient(e). (Annexer des copies des tests administrés, y compris les résultats cliniques pertinents.)

Énumérer tous les résultats objectifs :

Énumérer tous les résultats subjectifs :

Veillez indiquer comment les activités quotidiennes influencent l'état du (de la) patient(e).

Manger _____

Se vêtir _____

Prendre son bain _____

Se déplacer _____

Faire sa toilette _____

Capacité fonctionnelle cardiaque (s'il y a lieu)
(Société canadienne de cardiologie)

Catégorie 1
Aucune limite

Catégorie 2
Limites légères

Catégorie 3
Limites importantes

Catégorie 4
Limites complètes

Veillez nous faire parvenir les résultats des épreuves d'effort, angiogramme, etc.

Veillez préciser votre pronostic pour le (la) patient(e) (voir la liste d'états critiques) :

Commentaires :

Nom du médecin (caractères d'imprimerie)

Adresse

N° de téléphone

Signature

Date

()