

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) À quelle date votre patient a-t-il présenté des symptômes pour la première fois ? _____
Date (AAAA MM JJ)

Veillez décrire les symptômes et en fournir les détails.

b) Date de la première consultation à l'égard de cet état de santé ? _____
Date (AAAA MM JJ)

c) Depuis combien de temps soignez-vous ce patient ? _____
Date (AAAA MM JJ)

2. a) Date à laquelle le diagnostic de cancer a été posé ? _____
Date (AAAA MM JJ)

b) Nous mentionner le type de cancer : _____

c) Spécifiez à l'aide de quel examen le diagnostic de cancer a été posé ? (ex. : imagerie, CT-Scanner)

d) À quelle date le patient a-t-il été avisé du diagnostic ? _____
Date (AAAA MM JJ)

e) Qui a avisé le patient? _____

3. Veuillez nous fournir une copie des rapports de pathologie en indiquant les renseignements suivants :

- le type de tumeur _____

- l'emplacement de la tumeur _____

- l'histologie et la stadification _____

4. Veuillez énumérer les noms et adresses des autres médecins consultés par votre patient ou des hôpitaux où il s'est rendu relativement à ce cancer :

Nom des médecins ou des hôpitaux	Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)	Date du (AAAA MM JJ)	Date à (AAAA MM JJ)

Continuez à la page 2

5. a) Votre patient a-t-il déjà souffert d'un cancer ou souffert de tout trouble de santé ayant pu contribuer à sa maladie ?
 Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez fournir les dates et les renseignements pertinents.

- b) Votre patient a-t-il subi un test aux fins de dépistage du virus de l'immunodéficience acquise (VIH) ?

<hr/> Date (AAAA MM JJ)	Résultat :
<hr/> Date (AAAA MM JJ)	Résultat :

6. a) Le patient a-t-il des antécédents familiaux de cancer ? Veuillez fournir des détails à cet effet.

- b) Veuillez fournir des renseignements sur tout autres antécédents familiaux importants comme maladie cardio-vasculaire, maladie vasculaire cérébrale, et le diabète.

7. Veuillez 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. Veuillez indiquer la quantité par jour et la date à laquelle il a fait usage de tabac pour la dernière fois.

8. 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 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.