



CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL
(À être complété par le médecin traitant)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> ACV | <input type="checkbox"/> Crise cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Tumeur cérébrale bénigne | <input type="checkbox"/> Paralyse | <input type="checkbox"/> Remplacement des valves du cœur |
| <input type="checkbox"/> Maladie du motoneurone | <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie | <input type="checkbox"/> Chirurgie coronarienne |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson | <input type="checkbox"/> Perte de la parole | <input type="checkbox"/> Chirurgie de l'aorte |
| <input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer | <input type="checkbox"/> Perte de membres | <input type="checkbox"/> Surdité |
| <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Brûlures |
| <input type="checkbox"/> Infection au VIH | <input type="checkbox"/> Cécité | <input type="checkbox"/> Coma |
| <input type="checkbox"/> Transplantation ou insuffisance d'un organe vital | | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

Nom complet du patient : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____
J M A

Numéro de police : _____

1. Veuillez indiquer le degré et la sévérité d'atteinte à la maladie : _____

2. Veuillez indiquer la date d'apparition des premiers symptômes pour cette maladie : _____ / _____ / _____
J M A

3. Veuillez indiquer la date du diagnostic : _____ / _____ / _____
J M A

4.   quelle date votre patient a-t-il été avis  de ce diagnostic? _____ / _____ / _____
J M A

5.  tes-vous le médecin traitant régulier du patient? Oui Non

Si oui, veuillez nous fournir des *copies de vos archives, enquêtes effectuées (ex. : résonance magnétique, CT scan, résultats laboratoire, électromyographie, biopsie des muscles, test de chromosomes,) diagnostics, rapport de consultations et sommaires des hospitalisations.*

Si non, veuillez nous fournir le nom au complet et l'adresse du médecin traitant régulier du patient ainsi que les noms et adresses de tous les consultants, spécialistes ou hôpitaux où le patient a été traité ou référé.

6. Existe-t-il des notes sur l'historique familial relatant d'une maladie connexe, ou un autre historique familial connexe?

7. Décrire l'épisode initial : nature, date et durée des symptômes aigus.

8. Veuillez détailler les habitudes du patient ainsi que son historique médical qui auraient pu augmenter le risque ou contribuer à son état.

9. Est-ce qu'une opération a été requise ou est à prévoir? Si oui, date et nature de l'intervention.

10. Veuillez détailler les habitudes du patient quant à la cigarette, incluant selon vos informations et si tel est le cas, combien de cigarettes le patient fumait dans le passé et combien il en fume aujourd'hui.

11. Date de retour aux activités normales et/ou limitations physiques et mentales actuelles.

12. Si vous possédez d'autres informations de nature médicale susceptible de nous aider dans l'évaluation de cette demande, veuillez nous les fournir.

Nous inclure une copie du dossier COMPLET que vous possédez pour cette personne, incluant notes manuscrites.

NOM (caractère d'impression) : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____ SPÉCIALITÉ : _____

X _____

SIGNATURE

DATE

ESTAMPE DU MÉDECIN :

