

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Nom de la personne assurée	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Prénom de la personne assurée
Date de naissance: <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <small>Année Mois Jour</small>	Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> N° de contrat	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> N° de client

LES HONORAIRES EXIGÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT AUX FRAIS DE LA PERSONNE ASSURÉE.

AUTORISATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

J'autorise la transmission à l'Assureur de tout renseignement ou dossier concernant mon état de santé. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .



Signature de la personne assurée ou de son tuteur légal si la personne assurée a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Dans tous les cas comprenant la communication de renseignements médicaux et sur la santé, les résultats de tests génétiques ne doivent en aucun cas être divulgués et acheminés.

1 Date de l'apparition des symptômes: / /
Année Mois Jour

2 Quels étaient ces symptômes? _____

3 Cause de l'insuffisance rénale: _____

4 Date de la première consultation: / /
Année Mois Jour

5 Depuis quand la personne assurée est-elle votre patiente? / /
Année Mois Jour

6 La personne assurée est-elle atteinte d'une insuffisance rénale irréversible en phase terminale qui affecte les deux reins? Oui Non

7 La personne assurée reçoit-elle une dialyse sur une base régulière? Oui Non – **Si oui**, depuis quand? / /
Année Mois Jour

8 Une greffe de rein a-t-elle été pratiquée ou proposée? Oui Non

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (suite)

9 Description (incluant les dates) de tout état prédisposant ou facteur de risque de maladie rénale qu'a présenté la personne assurée :

10 Nom et adresse des autres médecins consultés :

Nom	Adresse	Date de la consultation						
<hr/>	<hr/>	<table border="1"> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> <td><hr/></td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> </table>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	Année	Mois	Jour
<hr/>	<hr/>	<hr/>						
Année	Mois	Jour						
<hr/>	<hr/>	<table border="1"> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> <td><hr/></td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> </table>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	Année	Mois	Jour
<hr/>	<hr/>	<hr/>						
Année	Mois	Jour						
<hr/>	<hr/>	<table border="1"> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> <td><hr/></td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> </table>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	Année	Mois	Jour
<hr/>	<hr/>	<hr/>						
Année	Mois	Jour						

11 Nom et adresse des hôpitaux ou établissements où la personne assurée s'est présentée ou a été admise :

Nom (hôpital, établissement)	Adresse	Durée de l'hospitalisation												
<hr/>	<hr/>	Du <table border="1"><tr><td><hr/></td><td><hr/></td><td><hr/></td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table> au <table border="1"><tr><td><hr/></td><td><hr/></td><td><hr/></td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	Année	Mois	Jour	<hr/>	<hr/>	<hr/>	Année	Mois	Jour
<hr/>	<hr/>	<hr/>												
Année	Mois	Jour												
<hr/>	<hr/>	<hr/>												
Année	Mois	Jour												
<hr/>	<hr/>	Du <table border="1"><tr><td><hr/></td><td><hr/></td><td><hr/></td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table> au <table border="1"><tr><td><hr/></td><td><hr/></td><td><hr/></td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	Année	Mois	Jour	<hr/>	<hr/>	<hr/>	Année	Mois	Jour
<hr/>	<hr/>	<hr/>												
Année	Mois	Jour												
<hr/>	<hr/>	<hr/>												
Année	Mois	Jour												
<hr/>	<hr/>	Du <table border="1"><tr><td><hr/></td><td><hr/></td><td><hr/></td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table> au <table border="1"><tr><td><hr/></td><td><hr/></td><td><hr/></td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	Année	Mois	Jour	<hr/>	<hr/>	<hr/>	Année	Mois	Jour
<hr/>	<hr/>	<hr/>												
Année	Mois	Jour												
<hr/>	<hr/>	<hr/>												
Année	Mois	Jour												

12 Un membre de la famille de la personne assurée a-t-il souffert d'une maladie identique ou similaire ? Oui Non – Si oui :

Lien de parenté	Description de la maladie	Date et âge au 1 ^{er} diagnostic						
<hr/>	<hr/>	<table border="1"> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> <td><hr/></td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> </table> <hr/> _____ ans	<hr/>	<hr/>	<hr/>	Année	Mois	Jour
<hr/>	<hr/>	<hr/>						
Année	Mois	Jour						
<hr/>	<hr/>	<table border="1"> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> <td><hr/></td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> </table> <hr/> _____ ans	<hr/>	<hr/>	<hr/>	Année	Mois	Jour
<hr/>	<hr/>	<hr/>						
Année	Mois	Jour						
<hr/>	<hr/>	<table border="1"> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> <td><hr/></td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> </table> <hr/> _____ ans	<hr/>	<hr/>	<hr/>	Année	Mois	Jour
<hr/>	<hr/>	<hr/>						
Année	Mois	Jour						

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (suite)

- 13** Est-ce que la personne assurée fume la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe, la pipe à eau, la chicha ou fait l'usage de noix de bétel, de tabac à priser, de marijuana (cannabis) contenant tout produit de tabac ou de la nicotine, ou fait usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut tel que la gomme, le timbre cutané (*patch*) ou la cigarette électronique? Oui Non

Si oui:

Depuis quand la personne assurée fume-t-elle?
Année Mois Jour

Usage quotidien: _____

Si non:

Est-ce que la personne assurée a déjà fait usage de tabac? Oui Non


Si oui, date de cessation:
Année Mois Jour

- 14** Renseignements additionnels: _____

Pour les besoins d'évaluation du directeur médical de l'Assureur, fournir une copie de tout rapport et résultat de tests disponibles relativement au diagnostic.

- 15** Êtes-vous un membre de la famille ou un associé de la personne assurée? Oui Non

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

 _____
Signature du médecin traitant Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)

Omnipraticien Spécialiste – Précisez: _____ N° du permis d'exercice: _____

Adresse (n°, rue, ville, province) Code postal

Ind. rég. Téléphone