

<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: 95%; height: 20px;" type="text"/> N° de contrat	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> N° de client

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

**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** Diagnostic principal: \_\_\_\_\_ Date du diagnostic:  /  /   
Année Mois Jour

**2** Diagnostic secondaire: \_\_\_\_\_ Date du diagnostic:  /  /   
Année Mois Jour

**3** Date de la dernière consultation:  /  /   
Année Mois Jour

**4** Raison de la consultation: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5** La personne assurée est-elle habituellement incapable, c'est-à-dire **sans l'aide d'une autre personne**, d'accomplir les activités de la vie quotidienne suivantes?

**5.1 Se nourrir:** La capacité de consommer, avec ou sans ustensiles adaptés, des aliments et des boissons qui ont été préparés et servis par d'autres personnes.  Oui  Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu):  /  /   
Année Mois Jour

Précisions: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5.2 Se laver:** La capacité de laver son corps dans un bain (y compris entrer et sortir du bain), dans une douche (y compris entrer et sortir de la douche) ou à l'éponge, de manière à maintenir un degré d'hygiène acceptable.  Oui  Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu):  /  /   
Année Mois Jour

Précisions: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5.3 S'habiller:** La capacité de mettre ou d'enlever tous les vêtements nécessaires ainsi que tout appareil orthopédique ou chirurgical ou tout membre artificiel médicalement nécessaire. Un «vêtement nécessaire» est un vêtement qui peut être fabriqué, acheté, ou acheté et modifié, et qui est raisonnable pour la santé, le confort et la dignité de l'assuré compte tenu de l'environnement où il réside habituellement.  Oui  Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu):  /  /   
Année Mois Jour

Précisions: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5.4 Se déplacer :** La capacité de se déplacer vers un lit, de s'y coucher et d'en sortir et la capacité de s'asseoir sur une chaise ou un fauteuil roulant et de s'en lever, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.  Oui  Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu): 

Année	Mois	Jour

Précisions: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5.5 Utiliser les toilettes :** La capacité de se rendre aux toilettes, de s'y asseoir, de se relever, d'y effectuer son hygiène personnelle et d'en revenir.  Oui  Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu): 

Année	Mois	Jour

Précisions: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5.6 Continence :** La capacité de contrôler ses fonctions intestinales et vésicales, avec ou sans matériel de protection pour incontinence ou dispositif chirurgical, de telle sorte qu'un niveau adéquat d'hygiène est maintenu.  Oui  Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu): 

Année	Mois	Jour

Précisions: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6 Renseignements additionnels :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ .

 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_