

**Identification de l'assuré**

Nom et _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
adresse de _____	Date de naissance : _____ - _____ - _____ Année Mois Jour
l'assuré _____	N° de contrat : _____
Tél. : (____) _____	Profession/occupation : _____
Tél. : (____) _____	
Code postal	Résidence
Travail	

J'autorise les médecins et les hôpitaux à fournir tous les renseignements se rapportant à cette demande de prestation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

\_\_\_\_\_  
Signature du réclamant

\_\_\_\_\_  
Date

**Déclaration du médecin traitant (à remplir en lettres majuscules)**

1. a) À quelle date les symptômes de votre patient sont-ils apparus pour la première fois? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Quels étaient ces symptômes? \_\_\_\_\_

b) Quand votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour cet état de santé? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

c) Depuis combien de temps l'assuré est-il votre patient? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

2. a) Veuillez fournir la date à laquelle ce cancer a fait l'objet d'un diagnostic? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

b) À quelle date le patient a-t-il été avisé du diagnostic? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Qui l'en a avisé? \_\_\_\_\_

3. **Veuillez fournir une copie du rapport de pathologie** et indiquez les renseignements suivants :

- le type de tumeur
- l'emplacement de la tumeur
- le stade clinique T N M
- l'histologie et classification

**Déclaration du médecin traitant (suite)**

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

Nom	Adresse	Date de (année, mois, jour)	Date à (année, mois, jour)

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? Le cas échéant, veuillez fournir les dates et les renseignements pertinents.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Votre patient a-t-il subi un test de détection du VIH?  Oui  Non  Je ne le sais pas

\_\_\_\_\_

Année Mois Jour

Résultat : \_\_\_\_\_

6. a) Est-ce que votre patient fait usage d'une forme quelconque de tabac, de la cigarette, de cigarillo, de cigare, de la pipe, de la marijuana ou d'un substitut comme de la gomme ou un timbre cutané (patch)?  Oui  Non

b) Dans l'affirmative, indiquez la quantité par jour : \_\_\_\_\_

c) Depuis combien de temps fait-il usage de ces produits? \_\_\_\_\_

d) Dans la négative, a-t-il fait usage de l'un de ces produits auparavant?  Oui  Non

e) À quelle date a-t-il cessé? \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Veuillez fournir des renseignements sur tous les autres antécédents familiaux importants.

\_\_\_\_\_

8. Veuillez nous faire connaître toute autre information que vous jugez pertinente à notre étude de cette demande de règlement.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Veillez fournir des copies de tout rapport de spécialiste ou d'hôpital pour les besoins d'évaluation de notre directeur médical.**

Notre contrat exige que le diagnostic d'une maladie couverte soit posé par un médecin qui n'est pas un parent de l'assuré, ni en relation d'affaires avec cet assuré. Êtes-vous un parent ou en relation d'affaires avec cet assuré? Oui  Non

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin traitant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom et n° de permis (en lettres majuscules)

\_\_\_\_\_  
Adresse

**(LE RÉCLAMANT EST RESPONSABLE DES HONORAIRES REQUIS POUR CE RAPPORT)**