

## DEMANDE DE PRESTATION POUR MALADIE GRAVE

### Déclaration du médecin traitant Maladie de Parkinson

#### Identification de la personne assurée

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

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

1.a) À quelle date votre patient a-t-il présenté les premiers symptômes et quels étaient ces symptômes? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour ce trouble? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

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

2. Faites un sommaire de l'évolution clinique et indiquez brièvement les signes et symptômes neurologiques en **précisant la date et la durée.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Est-ce que votre patient a besoin de l'aide physique substantielle d'un autre adulte pour effectuer les activités de la vie quotidienne suivantes :

Prendre son bain	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Se vêtir	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Aller à la toilette	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Être continent	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Effectuer certains déplacements	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Se nourrir	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

4. À quelle date a-t-on discuté pour la première fois avec le patient de la possibilité du diagnostic de maladie de Parkinson? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

(verso)

**Déclaration du médecin traitant (suite)**

5. Veuillez fournir :

a) Une copie des résultats des consultations et des tests effectués durant l'investigation du trouble de votre patient.

b) Les noms et adresses des autres médecins consultés ou hôpitaux où votre patient s'est présenté pour ce trouble.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) Le nom et l'adresse du neurologue qui a confirmé le diagnostic.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Y a-t-il des antécédents familiaux importants?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Y a-t-il d'autres antécédents familiaux importants?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. 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

9. Veuillez nous faire connaître toute autre information que vous jugez pertinente à l'étude de cette demande de règlement.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Veillez fournir une copie de vos notes de consultation, des comptes rendus des spécialistes ou des hôpitaux, des radiographies récentes, des rapports de tests et d'investigations, des données de laboratoire et des résultats cliniques.**

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)**