



## **DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – DEMANDE DE RÈGLEMENT SOINS EN ÉTABLISSEMENT**

NOM DU PATIENT \_\_\_\_\_ POLICE NUMÉRO \_\_\_\_\_

J'autorise par la présente la divulgation à mon assureur de tout renseignement concernant cette demande de règlement.

DATE \_\_\_\_\_ SIGNATURE DU PATIENT \_\_\_\_\_

### **DÉCLARATION DU MÉDECIN**

Ce formulaire a été conçu à l'intention du médecin. Comme il est détaillé, on espère qu'il réduira sa charge administrative. Veuillez remplir les sections ayant trait à votre patient et rayer les parties non applicables. Il est essentiel pour aider le demandeur de donner des détails suffisants sur ses antécédents, l'investigation, les constatations et le traitement. Il est laissé à la discrétion du médecin de poster directement le formulaire à l'assureur ou de le donner au patient.

### **ANTÉCÉDENTS**

(a) Quand les symptômes sont-ils apparus pour la première fois ou l'accident est-il survenu? \_\_\_\_\_ Jour  
\_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année

Date à laquelle des soins en établissement ont été recommandés \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année

Niveau des soins requis \_\_\_\_\_

Noms complets des autres médecins traitants \_\_\_\_\_

### **DIAGNOSTIC**

(a) Primaire

(b) Date du diagnostic \_\_\_\_\_

(c) Secondaire (le cas échéant)

(d) Date du diagnostic \_\_\_\_\_

(e) Symptômes subjectifs

(f) Constatations objectives (y compris, résultats des radiographies récentes, E.C.G. ou autres tests spéciaux)

### **TRAITEMENT**

(a) Date du premier traitement

(b) Date de la dernière visite

(c) Le patient suit-il le programme de traitement recommandé?  Oui  Non

(d) Dates de tous les traitements

(e) Fréquence:  Hebdomadaire  Mensuel  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

## GENRE DE TRAITEMENT

- (a) Médicaments \_\_\_\_\_ Doses \_\_\_\_\_
- (b) Décrivez la thérapie et la durée prévue du programme de traitement \_\_\_\_\_
- (c) Genre de chirurgie \_\_\_\_\_
- (d) Date de la chirurgie (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

## INSUFFISANCE PHYSIQUE

Le patient est  ambulatoire  alité  confiné à la maison  hospitalisé?

Le patient a-t-il besoin, à l'heure actuelle, de l'aide d'une autre personne pour accomplir des activités de la vie quotidienne comme  se baigner  s'habiller  faire sa toilette  manger  marcher à l'intérieur  passer du lit à une chaise  se maintenir en état de continence  prendre des médicaments tel que prescrits ? \_\_\_\_\_

## CARDIAQUE (le cas échéant)

- (a) Capacité fonctionnelle :  Classe 1 (aucune restriction)  Classe 2 (légère restriction)  Classe 3  
(b) (restriction marquée)  Classe 4 (restriction totale)
- (b) Tension artérielle à la dernière visite (systolique/diastolique) \_\_\_\_\_
- (c) Taux METS le plus récent : \_\_\_\_\_ Date de l'épreuve : \_\_\_\_\_

## DÉFICIENCE DE LA VUE (s'il y a lieu)

- (a) À la dernière observation, quelle a été la vision, avec lunettes?
- (b) Sans lunettes?
- (c) Possibilité de rétablissement total ou partiel de la vision :  Oui  Non Dans l'affirmative, par quels moyens?

## PRONOSTIC

Veuillez indiquer la date à laquelle le patient sera capable d'accomplir les activités de la vie quotidienne susmentionnées

CROYEZ-VOUS QUE LE PATIENT EST APTE À ENDOSSER DES CHÈQUES ET À DISPOSER DE LEUR PRODUIT ?  
 Oui  Non

## OBSERVATIONS

NOM DU MÉDECIN \_\_\_\_\_ SPÉCIALISATION \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_ SIGNATURE DU MÉDECIN \_\_\_\_\_