

Déclaration du médecin traitant

RENSEIGNEMENTS

N° de transit

N° de prêt, de police ou carte

N° de prêt, de police ou carte

Prêt personnel

Prêt hypothécaire

Marge de crédit

Crédit aux entreprises

Assurance-vie sans examen médical

Assurance individuelle

Carte de crédit MasterCard

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Nom à la naissance

Prénom

Sexe

H F

DÉCLARATION DU MÉDECIN (Médecin de famille? oui non)

Date de naissance

A	M	J

Date du décès

A	M	J

1. Depuis combien de temps soignez-vous ce patient ? _____

2. Lieu du décès (en cas de décès dans un hôpital ou autre établissement, donnez-en le nom) _____

3. Cause du décès

Maladie ou condition qui a provoqué la mort (non pas la manière dont le décès s'est produit, comme une crise cardiaque, asthénie, etc., mais la maladie, la blessure ou la complication qui a causé le décès)

a) _____

Intervalle entre le début de la maladie et le décès

b) _____

Causes antécédentes (états invalidants, s'il y a lieu, ayant été à l'origine de la cause immédiate du décès)

c) _____

4. La mort a-t-elle été causée par : suicide? oui non

homicide? oui non

accident? oui non

Y a-t-il eu : enquête du coroner? oui non

autopsie? oui non

Quelles en sont les conclusions? _____

5. Veuillez détailler les habitudes de votre patient relatives à l'usage de tabac, incluant la quantité par jour et la date à laquelle il a fait usage de tabac pour la dernière fois. _____

6. Au cours des cinq (5) dernières années, le patient a-t-il consulté ou été traité par un professionnel de la santé, subi un examen médical ou un suivi médical, souffert ou été diagnostiqué, pour l'un ou l'autre des problèmes de santé suivants: troubles cardiaques ou des vaisseaux sanguins, troubles sanguins incluant cholestérol, troubles de la tension artérielle, tumeurs ou cancer, dystrophie musculaire, sclérose en plaques, SIDA, VIH ou toute autre maladie ou désordre immunologique, douleurs à la poitrine ou angine, troubles pulmonaires ou respiratoires, troubles digestifs, troubles du foie, troubles de l'intestin, troubles des reins, troubles du système urinaire, troubles des organes génitaux, troubles du système nerveux, diabète, ou troubles psychologiques ou psychiatriques ?

Ne sais pas

Non

Oui

Si oui, veuillez nous mentionner le nom des maladies, les dates de consultation, les traitements reçus, les périodes d'hospitalisation s'il y a lieu et la date à laquelle le patient a été informé de sa maladie :

SIGNATURE DU MÉDECIN

Nom et prénom du médecin (lettre moulées) _____

Adresse (n°, rue, app, ville, province, code postal) _____

Téléphone () [| | | | | | | |]

Signature du médecin _____ Date [A M J]

N.B. Les honoraires pour remplir ce formulaire incombent à la succession de la personne décédée.