

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE**

N° de prêt/police \_\_\_\_\_ Transit \_\_\_\_\_

Nom de famille à la naissance \_\_\_\_\_

Date de naissance (AAAA MM JJ) \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

H  F  
Sexe

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

1. a) Date de la première consultation ? \_\_\_\_\_  
Date (AAAA MM JJ)

b) Depuis combien de temps soignez-vous ce patient ? \_\_\_\_\_

2. a) Un diagnostic d'infarctus du myocarde a-t-il été posé?  Non  Oui

b) Date à laquelle le diagnostic a été posé ? \_\_\_\_\_  
Date (AAAA MM JJ)

c) Qui a établi le diagnostic ? \_\_\_\_\_

d) Veuillez énumérer les noms et adresses des autres médecins consultés par votre patient ou des hôpitaux où il s'est rendu relativement à cette crise cardiaque :

Nom des médecins ou des hôpitaux	Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)	Du (AAAA MM JJ)	Au (AAAA MM JJ)

3. Veuillez fournir des précisions et une copie des tests subis en rapport avec l'infarctus du myocarde subi par votre patient.

a) les changements à l'**ECG** témoignant d'un infarctus, ou des copies des tracés si elles sont disponibles :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

b) les **niveaux des enzymes cardiaques**, incluant la fraction CPK – MB et le pourcentage du CPK total au moment du diagnostic :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. Y a-t-il eu d'autres examens ? Veuillez indiquer les dates et fournir les renseignements ou les rapports pertinents.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Continuez à la page 2**

5. À quelle date votre patient a-t-il présenté des symptômes ou souffert d'une maladie cardio-vasculaire pour la première fois?

\_\_\_\_\_ Date (AAAA MM JJ)

Veillez décrire les symptômes et en fournir les détails.

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

6. Veillez décrire, en incluant les dates, tout état prédisposant ou facteur de risque associé à la maladie cardio-vasculaire de votre patient.

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

7. Le patient a-t-il des antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire, maladie vasculaire cérébrale, cancer ou diabète ?  
Veillez fournir des détails à cet effet.

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

8. Veillez détailler les habitudes de votre patient relatives à l'usage de tabac, de marijuana, de cigarette électronique ou encore de produits de remplacement de la nicotine. Veillez indiquer la quantité par jour et la date à laquelle il a fait usage de tabac pour la dernière fois.

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

9. Veillez fournir tout autre renseignement pouvant être utile à l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.

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

**Veillez joindre à la présente les copies de tout rapport de spécialiste ou d'hôpital aux fins d'évaluation par notre directeur médical.**

**SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT**

Nom et adresse (en lettres moulées) :

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

Spécialité :

\_\_\_\_\_

N° de téléphone :

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_ Date (AAAA MM JJ)

**Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, les frais étant à sa charge.**