

**Partie 1 - Identification de la personne assurée**Nom de famille du patient : Prénom du patient : Date de naissance :  /  /   
année / mois / jourN° de Police : 

J'autorise, par la présente, la divulgation des renseignements relatifs à cette demande de règlement, à mon assureur, Humania Assurance Inc.

Date :  /  /  Signature : \_\_\_\_\_  
année / mois / jour**Partie 2 - Déclaration du médecin traitant**

1. a) Cette personne a-t-elle éprouvé des douleurs thoraciques ?  Oui  Non
- b) Les douleurs thoraciques étaient-elles reliées à des changements récents de l'électrocardiogramme (ECG), consistant en ondes Q et en inversions localisées de l'onde T ?  Oui  Non
- c) Cette personne a-t-elle présenté une augmentation anormale des enzymes cardiaques ?  Oui  Non

2. a) Date d'apparition des premiers symptômes :  /  /   
année / mois / jourb) Date à laquelle cette personne a consulté pour la première fois un médecin du fait de ce problème :  /  /   
année / mois / jourc) Date à laquelle cette personne vous a consulté pour la première fois du fait de ce problème :  /  /   
année / mois / jourd) Date à laquelle cette personne s'est rendue compte pour la première fois de ce problème :  /  /   
année / mois / jour

3. Cette personne a-t-elle des antécédents de problèmes cardiaques ou d'épisodes du problème de santé sous-jacent ?
- 
- Oui
- 
- Non

Si oui, veuillez donner des précisions. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Partie 2 - Déclaration du médecin traitant (suite)

4. Savez-vous si des membres de la famille immédiate de cette personne ont souffert de ce problème de santé ou d'un problème de santé semblable?  Oui  Non

Si oui, veuillez donner des précisions.

---

---

---

5. Cette personne a-t-elle consulté d'autres médecins ou a-t-elle été hospitalisée pour ce problème de santé ou un problème de santé connexe?  Oui  Non

Si oui, veuillez donner noms et adresses.

---

6. Diagnostic principal: 

---

Diagnostic secondaire: 

---

Facteurs contributifs: 

---

7. a) Détails sur les douleurs thoraciques: 

---

---

---

- b) Indiquez les dates des ECG et donnez des détails et les dates des nouveaux changements de l'ECG. Veuillez joindre des copies des ECG effectués au moment de l'infarctus.

---

---

---

- c) Donnez des détails sur les résultats de la mesure des enzymes cardiaques (genre et taux). Veuillez joindre des copies des résultats.

---

---

8. Cette personne a-t-elle subi d'autres investigations, tests ou interventions (en dehors de l'ECG)?  Oui  Non

Si oui, veuillez donner des précisions.

---

## Partie 2 - Déclaration du médecin traitant (suite)

9. Cette personne fume-t-elle?  Oui  Non

Si la réponse est « Non », a-t-elle déjà fumé?  Oui  Non

Si la réponse est « Oui », veuillez fournir des détails sur ses antécédents d'usage du tabac. \_\_\_\_\_

---

---

10. Donnez des détails sur les problèmes de santé, reliés ou non à la maladie actuelle, pour lesquels vous-même ou un autre médecin avez traité cette personne.

---

---

---

**Veuillez nous fournir une copie des rapports de spécialistes, d'hôpitaux et de pathologie, des tests, des analyses ou d'autres preuves similaires à l'appui de la demande de règlement de cette personne.**

## Partie 3 - Identification du médecin traitant

Spécialité : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant :

Prénom du médecin traitant :

Adresse :    
(numéro et rue) (app.)

Ville :

Province :  Code Postal :

Numéro de téléphone :

Date :    Signature : \_\_\_\_\_  
année / mois / jour

**Il incombe à la personne assurée de faire remplir cette formule et il doit en assumer les frais.**