

Partie 1 - Identification de la personne assurée

N  de Police :

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance : / /
année / mois / jour

Numéro de téléphone :

Par la présente, j'autorise la divulgation par mon médecin à mon assureur de tout renseignement qu'il possède sur moi à l'égard de la présente demande de règlement, **y compris les rapports de consultation.**

Date : / / Signature : _____
année / mois / jour

Partie 2 - Déclaration du médecin traitant

Afin de permettre l'évaluation de la présente demande, il est primordial de répondre en entier à toutes les questions.

  quelle date cette personne a-t-elle présenté des symptômes de déficit auditif ou en a-t-elle pris conscience pour la première fois ? / /
année / mois / jour

Quels étaient les symptômes à ce moment ? _____

  quelle date cette personne vous a-t-elle consulté pour la première fois à l'égard de troubles auditifs ou de troubles connexes ? / /
année / mois / jour

Depuis combien de temps cette personne est-elle votre patient(e) ? _____

Décrivez l'évolution clinique et  num rez les signes et symptômes neurologiques en précisant les dates et la durée de ces derniers.



Partie 2 - Déclaration du médecin traitant (suite)

À quelle date avez-vous discuté avec cette personne de la possibilité d'un diagnostic de surdité ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
année				/	mois		/	jour	

Quel est le seuil auditif de chaque oreille ? Droite : _____ Gauche : _____

Veuillez préciser la date du premier audiogramme ayant permis d'établir ces seuils auditifs.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
année				/	mois		/	jour	

Quelle est la cause de la perte auditive ? _____

Existe-t-il un traitement qui pourrait améliorer la capacité auditive de cette personne ? _____

Cette perte auditive est-elle permanente ? Oui Non

Y a-t-il des antécédents de déficit auditif dans la famille de cette personne ? Oui Non

Les antécédents familiaux de cette personne présentent-ils d'autres éléments importants ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser. _____

Veuillez nous faire part de tous autres renseignements pertinents à l'évaluation de cette demande : _____

Cette personne fume-t-elle ? Oui Non

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

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails sur ses antécédents d'usage du tabac. _____

Veuillez fournir tous les détails sur les problèmes de santé - reliés ou non à la maladie actuelle - pour lesquelles vous-même ou un autre médecin avez traité cette personne.

Veuillez fournir le nom et l'adresse de l'oto-rhino-laryngologiste qui a confirmé le diagnostic.

Nom du médecin	Adresse

Partie 2 - Déclaration du médecin traitant (suite)

Veillez fournir le nom et l'adresse des autres médecins que cette personne a consultés ou des hôpitaux où elle a été admise concernant ce diagnostic :

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse	Du (AAAA/MM/JJ)	Au (AAAA/MM/JJ)

Veillez joindre à la présente les documents suivants :

- une copie de l'audiogramme
- une copie du rapport d'imagerie confirmant le diagnostic
- une copie des rapports de spécialistes en relation avec ce diagnostic
- une copie des dossiers des différents hôpitaux en relation avec ce diagnostic
- une copie des résultats de tous les tests effectués en relation avec ce diagnostic

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 elle doit en assumer les frais.