

Partie 1 - Identification de la personne assuréeNom 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.