

**Partie 1 - Identification de l'assuré(e)**

Section à remplir par la personne assurée

Nom :

Prénom :

N° de contrat :  N° de certificat :

N° d'assurance sociale :    Date de naissance :     
année / mois / jour

**Partie 2 - Déclaration du médecin traitant**

À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_

Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation (joindre copie des résultats récents, radiographies, ECG ou autres tests et examens) :

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

Poids \_\_\_\_\_  lb  kg taille \_\_\_\_\_  pi/po  m/cm tension artérielle la plus récente : \_\_\_\_\_

Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : (L = léger, M = moyen, I = intense)

\_\_\_\_\_  L  M  I \_\_\_\_\_  L  M  I

\_\_\_\_\_  L  M  I \_\_\_\_\_  L  M  I

**Traitement**

Médicaments (nom, posologie) : \_\_\_\_\_

Traitements additionnels (précisez le type et la fréquence) : \_\_\_\_\_

Chirurgie (date, nature et intervention) : \_\_\_\_\_



## Traitement (suite)

Hospitalisation : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

Consultation d'un spécialiste :  Oui  Non **dans l'affirmative annexez la copie**

## Suivi et pronostic

Date de la première consultation :  /  /  Prochaine consultation :  /  /   
année / mois / jour année / mois / jour

Tests et examens à venir, précisez : \_\_\_\_\_

Fréquence : \_\_\_\_\_

Orientation vers un spécialiste :  Oui  Non Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Date prévue de consultation d'un spécialiste :  /  /  Spécialité : \_\_\_\_\_  
année / mois / jour

Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.

Au début de l'invalidité	Actuellement

Évolution :  progressive  stable  régressive

Si vous prévoyez que cette absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic. \_\_\_\_\_

Collaboration du patient à son traitement :  excellente  moyenne  médiocre

Votre patient bénéficierait-il d'assistance dans le cadre d'un retour au travail ?  Oui  Non

Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_

Indéterminée  ou date de retour au travail :  /  /   
année / mois / jour

Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_

À temps partiel  À temps plein  Retour progressif  Précisez : \_\_\_\_\_

**Questions spécifiques au contrat**

---

---

**Partie 3 - Identification du médecin**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Numéro de permis d'exercer : \_\_\_\_\_

Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE, SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE**

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8