

Déclaration du médecin

Nom de famille du (de la) patient(e) :

Prénom du (de la) patient(e) :

Date de naissance : / /
jour / mois / année

N° téléphone :

À compléter s'il y a eu amputation

1- Veuillez joindre les résultats de tests ainsi qu'une copie des notes rédigées dans votre cabinet et des rapports de consultation.

Diagnostic

Date du diagnostic / /
jour / mois / année

Date de l'accident (s'il y a lieu) / /
jour / mois / année

Date de l'amputation / /
jour / mois / année

2- Précisez l'endroit exact de l'amputation et indiquez-le sur le schéma illustré ci-bas.

3- Donnez la date des premiers soins prodigués à ce (cette) patient(e). / /
jour / mois / année

4- Donnez la nature des soins prodigués à ce (cette) patient(e)

Veuillez indiquer le site de l'amputation

Perte de membre



Bras droit

Date / /
jour / mois / année



Jambre droite

Date / /
jour / mois / année



Jambe gauche

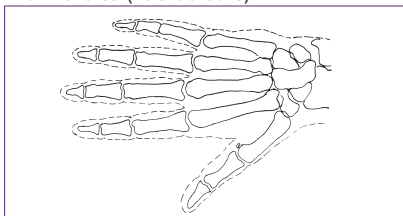
Date / /
jour / mois / année



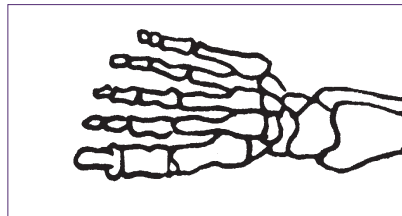
Bras gauche

Date / /
jour / mois / année

Main droite (vue dorsale)



Pied droit



À compléter s'il y a eu perte d'usage

5- Perte de l'usage totale ou définitive, veuillez cocher les cases appropriées.

Main	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Jambe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quadruplégie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bras	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Paraplégique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Pied	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Hémiplégie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

6- Perte de l'usage totale ou définitive, veuillez cocher les cases appropriées.

Parole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Vue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oeil droit	<input type="checkbox"/> Oeil gauche
Ouïe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oreille droite	<input type="checkbox"/> Oreille gauche

S'agit-il d'une condition congénital ? Oui Non

7- La vue, la parole ou l'ouïe peut-elle être recouverte, totalement ou partiellement, par le recours à un appareil ou à un programme de réadaptation ? Oui Non

Si oui, précisez _____

8- La perte est-elle uniquement attribuable à l'affection ou à l'accident susmentionné ? Oui Non

Si non, précisez toute autre cause à l'origine de la perte : _____

À compléter s'il y a eu perte d'usage de la vue (S.V.P. joindre le rapport de l'ophtalmologiste)

9- Perte de la vue

L'accident a-t-il entraîné une perte totale de la vision ? Oui Non

Dans l'affirmative, la perte touche-t-elle :

- Les deux yeux
- L'œil droit uniquement
- L'œil gauche uniquement

Date de la perte de la vision :

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

À votre avis, la vision peut-elle être améliorée ? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez de quelle façon :

- Par un traitement
- Par une opération
- Par le port de verres

Cette perte est-elle définitive ?

- Oui Non

Veuillez indiquer quelle était l'acuité visuelle de l'assuré **avant l'accident** :

Oeil droit _____

Oeil gauche _____
(Échelle de Snellen)

Veuillez indiquer quelle est l'acuité visuelle **actuelle** de l'assuré :

Oeil droit _____

Oeil gauche _____
(Échelle de Snellen)

À compléter s'il y a eu perte d'usage de l'ouïe (S.V.P. joindre les résultats de l'audiogramme)

10- Y a-t-il eu perte de l'ouïe ? d'une (1) oreille des deux (2) oreilles

Perte auditive : limite en basse fréquence _____ décibel

limite en haute fréquence _____ décibel

Fréquence utilisée à l'audiogramme (pour le calcul des moyennes) : _____ hertz

11- Cette perte est-elle considérée comme totale ? Oui Non

Si oui, depuis quelle date

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

12- Cette perte est-elle définitive ? Oui Non

Le _____ 20 _____ M.D.

Nom en lettres moulées _____

Signature _____

Adresse _____

No Tél. _____