

Partie 1 - Autorisation du patient

Nom de famille du patient :

Prénom du patient :

Date de naissance : / /
année / mois / jour

N° 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 - Diagnostic

1. a) Votre patient présente-t-il une tumeur maligne caractérisée par la présence et la multiplication incontrôlée de cellules malignes et leur invasion des tissus ? Veuillez inclure une copie du rapport de pathologie. Oui Non

b) Donnez des précisions sur la malignité de la tumeur.

Stade : _____

Classification : _____

c) Sièges de la tumeur ou l'organe touché : _____

d) La maladie était-elle complètement localisée ? Oui Non

e) Les tissus voisins ont-ils été envahis ? Oui Non

f) Les ganglions lymphatiques régionaux ont-ils été touchés ? Oui Non

g) Y avait-il des métastases à distance ? Oui Non

2. a) Date d'apparition des premiers symptômes : / /
année / mois / jour

b) Date à laquelle votre patient a consulté pour la première fois un médecin du fait de ce problème : / /
année / mois / jour

c) Date à laquelle votre patient vous a consulté pour la première fois du fait de ce problème : / /
année / mois / jour



Partie 2 - Diagnostic (suite)

d) Date à laquelle votre patient s'est rendu compte pour la première fois de ce problème :

<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	

3. Votre patient a-t-il des antécédents de cancer, de tumeur maligne, d'état précancéreux ou d'un problème de santé semblable ? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer les dates des consultations et le diagnostic établi à la suite de ces consultations : _____

4. Savez-vous si des membres de la famille immédiate de votre patient ont souffert d'un cancer, d'une tumeur maligne, d'un état précancéreux ou de problèmes de santé semblables ? Oui Non

Si oui, veuillez donner des précisions : _____

5. Votre patient a-t-il consulté d'autres médecins ou a-t-il été hospitalisé pour ce problème de santé ou pour un problème de santé connexe ? Oui Non

Si oui, veuillez donner des noms et adresses : _____

6. Diagnostic principal : _____

Diagnostic secondaire : _____

Facteurs contributifs : _____

7. Votre patient a-t-il subi d'autres investigations, tests ou interventions ? Oui Non

Si oui, veuillez donner des précisions : _____

Partie 2 - Diagnostic (suite)

8. Votre patient fume-t-il ? Oui Non

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

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

9. 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 votre patient.

Veillez 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 votre patient.

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 au patient de faire remplir cette formule et il doit en assumer les frais.