

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Identification de l'assuré

| | | |
|--------|-------------------|-----------------------|
| Nom | | Date de naissance |
| Prénom | Numéro de contrat | Numéro du prestataire |

Les frais pour remplir cette demande et la copie du dossier sont à la charge de la personne assurée.

A. Renseignements sur la maladie

| | | |
|--|--|--|
| Diagnostic | | |
| Date du diagnostic : AAAA - MM - JJ | Date des premiers symptômes : AAAA - MM - JJ | Date de la première consultation : AAAA - MM - JJ |
| Depuis quelle date suivez-vous ce patient? AAAA - MM - JJ | | |
| Nom des médecins ou spécialistes consultés | Lieu de la consultation (Nom et adresse des établissements) | Date |
| | | AAAA - MM - JJ |
| | | AAAA - MM - JJ |

B. Détails du diagnostic – Décrire les symptômes à la section C

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer Joindre une copie du dossier médical complet, y compris du rapport pathologique de la biopsie ayant permis l'établissement du diagnostic. | |
| Diagnostic anatomopathologique : | |
| Siège du cancer : | Stade de développement du cancer (I à IV ou A à D, selon le cas) : |
| S'agit-il d'un premier diagnostic de cancer? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Sinon, précisez : | |
| Diagnostic antérieur : _____ | Date de ce diagnostic : AAAA - MM - JJ |
| S'agit-il d'une récurrence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date de la récurrence : AAAA - MM - JJ | |
| <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde / crise cardiaque Joindre une copie du dossier médical complet, y compris les résultats des examens, des tests sanguins et de l'ECG et le résumé du dossier d'hospitalisation | |
| Élévation et chute des marqueurs biochimiques cardiaques attestant le diagnostic d'infarctus du myocarde? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Nouvelles modifications à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant un infarctus du myocarde? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| S'agit-il du premier infarctus du myocarde de votre patient? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, incluant une angiographie ou une angioplastie ou autre? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral (AVC) Joindre une copie du dossier médical complet, y compris les résultats des examens et le résumé du dossier d'hospitalisation | |
| S'agit-il du premier accident vasculaire cérébral de votre patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Date de l'accident vasculaire cérébral : AAAA - MM - JJ |
| Les déficits neurologiques ont-ils persisté pendant plus de 30 jours après le diagnostic? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, décrire les déficits neurologiques résiduels après 30 jours : _____ | |

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Identification de l'assuré

| | | |
|--------|-------------------|-----------------------|
| Nom | | Date de naissance |
| Prénom | Numéro de contrat | Numéro du prestataire |

B. Détails du diagnostic (suite) – Décrire les symptômes à la section C

L'accident vasculaire cérébral a-t-il été causé par un traumatisme? Oui Non Si oui, décrire le traumatisme :

Autre maladie
Joindre une copie du dossier médical complet, y compris les résultats des examens et le résumé du dossier d'hospitalisation

C. Description des symptômes, commentaires et informations complémentaires

Fournir toutes les informations qui vous semblent pertinentes pour l'analyse de la demande de prestation de votre patient.

D. Autres renseignements

Veillez répondre à la question suivante au mieux de vos connaissances. Au cours des **5 dernières années**, votre patient vous a-t-il consulté ou a-t-il consulté un autre médecin ou professionnel de la santé, a-t-il été traité par vous ou par un autre médecin ou professionnel de la santé ou a-t-il pris des médicaments?

Oui Non Si oui, veuillez nous fournir les renseignements suivants :

| Maladies, lésions ou troubles de la santé | Dates des consultations | Nom du médecin ou du professionnel de la santé consulté | Médications et résultats des examens | Périodes d'hospitalisation |
|---|-------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | AAAA - MM - JJ | | | du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ |
| | AAAA - MM - JJ | | | du : AAAA - MM - JJ au : AAAA - MM - JJ |

E. Identification du médecin

Nom, prénom : _____ Téléphone : **IND. RÉGIONAL + N°**

N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : **IND. RÉGIONAL + N°**

Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____

Signature : _____ Date : _____