


Directives

1. La section A doit être remplie par le réclamant.
2. Les sections B et C doivent être remplies par le médecin de famille ou le médecin ayant accès aux antécédents de santé de l'assuré les plus complets, le cas échéant.

 Les honoraires que pourrait exiger le médecin pour remplir ce formulaire sont assumés par le réclamant.

A. Identification

Nom de la personne décédée	Prénom	Date du décès (AAAA-MM-JJ)	Lieu du décès
Adresse au décès - N°, rue, app.		Ville	Province ou territoire
			Code postal

Si la personne est décédée dans un hôpital ou une autre institution, veuillez en indiquer le nom :

Âge au décès **ou** date de naissance (AAAA-MM-JJ)

B. Renseignements relatifs au décès

1. Maladie ou état morbide ayant directement provoqué le décès (il ne s'agit pas ici du mode de décès, ex. défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, de la lésion ou de la complication qui a entraîné le décès)	Intervalle entre le début étiologique et le décès
2. Causes antécédentes (ayant, le cas échéant, conduit à l'état précité) provoquées par ou consécutives à :	
a)	
b)	
3. a) Autres états morbides importants (ayant contribué au décès mais sans rapport avec la maladie ou l'état morbide qui l'a provoqué) :	
b) Description des symptômes, commentaires et toute information pertinente pour l'analyse de la réclamation :	
<hr/> <hr/> <hr/>	

4. Date des premiers soins pour la dernière maladie (AAAA-MM-JJ)	5. Date des derniers soins pour la dernière maladie (AAAA-MM-JJ)	6. Date du diagnostic (AAAA-MM-JJ)	7. Quand la personne décédée a-t-elle été informée pour la 1 ^{re} fois de cette maladie? (AAAA-MM-JJ)
--	--	------------------------------------	--

8. Le décès est-il dû à : un accident? un suicide? un homicide? Veuillez décrire brièvement :

9. Y a-t-il eu enquête? Oui Non Si **oui**, veuillez indiquer par qui et donner les constatations :

10. Y a-t-il eu autopsie? Oui Non Si **oui**, veuillez indiquer par qui et donner les constatations :

11. a) Avez-vous traité la personne décédée? Oui Non Si **oui**, depuis quand la suiviez-vous (AAAA-MM-JJ)? _____

b) L'avez-vous reçue en consultation au cours des 5 dernières années précédant la dernière maladie?

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

Nature de la maladie ou lésion	Hôpital ou institution et adresse	Date de la 1 ^{re} consultation

12. À votre connaissance, au cours des 5 dernières années de sa vie, la personne décédée a-t-elle été traitée par d'autres médecins ou soignée dans un hôpital ou une autre institution? Oui Non Si **oui**, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nature de la maladie ou lésion	Médecin, hôpital ou institution et adresse	Date de la 1 ^{re} consultation

13. La personne décédée a-t-elle déjà fait usage de tabac sous une forme quelconque? Oui Non

14. Quand avait-elle commencé à fumer (AAAA-MM-JJ)?

15. Quand avait-elle cessé de fumer (AAAA-MM-JJ)?

16. Indiquez les périodes d'interruption :

C. Identification du médecin

Nom	Prénom	Numéro de permis d'exercer	
Adresse - N°, rue, app.	Ville	Province ou territoire	Code postal
Numéro de téléphone à 10 chiffres		Numéro de télécopieur à 10 chiffres	
Spécialité			

X _____ Date (AAAA-MM-JJ)

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)