



DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT RELATIVEMENT À L'AVANCE DE COMPASSION

Partie 1 : AUTORISATION DU PATIENT

Numéro de contrat : _____

Nom : _____ Date de naissance :

Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal) _____

N° de téléphone (avec l'indicatif régional) _____ Adresse courriel _____

Par la présente, j'autorise la divulgation de tout renseignement médical et de tout autre renseignement à l'Équitable et à la ou au titulaire de contrat qui auront été demandés par l'Équitable qui concernent cette demande de réclamation

Signature du patient**Date**

JJ / MM / AAAA

Partie 2 : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

1. Antécédents

a) Date à laquelle les symptômes sont apparus ou l'accident est survenu :

b) La patiente ou le patient a-t-il déjà été atteint de cette affection ou d'une affection similaire?

 Non Ne sais pas Oui, veuillez fournir des précisions

c) Nom et coordonnées des autres médecins traitants ou fournisseurs de soins de santé.

2. Diagnostic (y compris toute complication)

a) Diagnostic principal

b) Symptômes subjectifs

c) Signes objectifs (Veuillez joindre une copie des radiographies, des électrocardiogrammes, des derniers résultats de laboratoire et tout autre résultat clinique pertinent qui appuient votre diagnostic.)



DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT RELATIVEMENT À L'AVANCE DE COMPASSION

Partie 2 : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (SUITE)

3. Traitement

a) Date de la première visite :

JJ / MM / AAAA

b) Date de la dernière visite :

JJ / MM / AAAA

c) Fréquence des visites : hebdomadaire mensuelle autre (veuillez préciser) _____

d) Nature du traitement : (y compris les chirurgies, les thérapies et tout médicament prescrit)

e) À votre connaissance, la patiente ou le patient suit-il le traitement recommandé? Oui Non, veuillez fournir des commentaires

4. Progrès

Quel est l'état de santé actuel de la patiente ou du patient?

rétabli amélioré aucune amélioration régressé depuis son arrêt de travail

5. Pronostic

L'état de santé de votre patiente ou de votre patient entrainera-t-il une espérance de vie de moins de 24 mois? Oui Non

6. Remarques

Veuillez fournir tout commentaire ou renseignement supplémentaire que vous jugez pertinent.

Nom de la médecin ou du médecin traitant : (en lettres moulées s.v.p.) _____

Spécialité : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Adresse courriel : _____

Adresse : (numéro, rue, ville, province et code postal) : _____

Signature du médecin _____

Date : JJ / MM / AAAA