



**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – DEMANDE DE RÈGLEMENT
SOINS À DOMICILE**

NOM DU PATIENT _____ POLICE NUMÉRO _____

J'autorise par la présente la divulgation à mon assureur de tout renseignement concernant cette demande de règlement.

DATE _____ SIGNATURE DU PATIENT _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN

Ce formulaire a été conçu à l'intention du médecin. Comme il est détaillé, on espère qu'il réduira sa charge administrative. Veuillez remplir les sections ayant trait à votre patient et rayer les parties non applicables. Il est essentiel pour aider le demandeur de donner des détails suffisants sur ses antécédents, l'investigation, les constatations et le traitement. Il est laissé à la discrétion du médecin de poster directement le formulaire à l'assureur ou de le donner au patient.

ANTÉCÉDENTS

(a) Quand les symptômes sont-ils apparus pour la première fois ou l'accident est-il survenu? ____ Jour ____ Mois ____ Année

(b) Date du début des soins à domicile (le cas échéant) _____ Jour _____ Mois _____ Année

(c) Genre de soins exigés et fréquence des visites par le pourvoyeur de soins

(d) Date de la fin des soins à domicile _____ Jour _____ Mois _____ Année

(e) Noms complets de tous les autres médecins traitants _____

DIAGNOSTIC

(a) Primaire

(b) Date du diagnostic _____

(c) Secondaire (le cas échéant)

(d) Date du diagnostic _____

(e) Symptômes subjectifs

(f) Constatations objectives (y compris, résultats des radiographies courantes, E.C.G. ou autres tests spéciaux)

TRAITEMENT

(a) Date du premier traitement

(b) Date de la dernière visite

(c) Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui Non

(d) Dates de tous les traitements

(e) Fréquence: Hebdomadaire Mensuel Autre (précisez)

GENRE DE TRAITEMENT

- (a) Médicaments Doses
- (b) Décrivez la thérapie et la durée prévue du programme de traitement
- (c) Genre de chirurgie
- (d) Date de la chirurgie (s'il y a lieu)

INSUFFISANCE PHYSIQUE

Le patient est ambulatoire alité confiné à la maison hospitalisé?

Le patient a-t-il besoin, à l'heure actuelle, de l'aide d'une autre personne pour accomplir des activités de la vie quotidienne comme se baigner s'habiller faire sa toilette manger marcher à l'intérieur passer du lit à une chaise se maintenir en état de continence prendre des médicaments tel que prescrits ?

CARDIAQUE (le cas échéant)

- (a) Capacité fonctionnelle : Classe 1 (aucune restriction) Classe 2 (légère restriction) Classe 3 (restriction marquée) Classe 4 (restriction totale)
- (b) Tension artérielle à la dernière visite (systolique/diastolique) _____
- (c) Taux METS le plus récent : _____ Date de l'épreuve : _____

DÉFICIENCE DE LA VUE (s'il y a lieu)

- (a) À la dernière observation, quelle a été la vision, avec lunettes?
- (b) Sans lunettes?
- (c) Possibilité de rétablissement total ou partiel de la vision : Oui Non Dans l'affirmative, par quels moyens?

PRONOSTIC

Veuillez indiquer la date à laquelle le patient sera capable d'accomplir les activités de la vie quotidienne susmentionnées

CROYEZ-VOUS QUE LE PATIENT EST APTE À ENDOSSER DES CHÈQUES ET À DISPOSER DE LEUR PRODUIT ?
 Oui Non

OBSERVATIONS

Nom du médecin _____ Spécialisation _____

Adresse _____ Numéro de téléphone _____

Date _____ Signature du médecin _____