

Demande de règlement pour mutilation accidentelle déclaration du médecin traitant

Prénom du patient _____

Nom du patient _____

___/___/___
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

A) Date de l'accident : (JJ/MM/AAAA) ___/___/___

B) Nature de l'accident : _____

C) S'agit-il de blessures que la personne s'est infligée? Oui Non

D) Y a-t-il d'autres facteurs contribuable à la perte du membre? _____

E) Date du **premier** traitement suivant l'accident : (JJ/MM/AAAA) ___/___/___
Date du **dernier** traitement suivant l'accident : (JJ/MM/AAAA) ___/___/___

F) Le patient a-t'il/la patiente a-t-elle été hospitalisé(e)? Oui Non Dates : (JJ/MM/AAAA) ___/___/___ au ___/___/___
Nom de l'hôpital : _____ Lieu : _____

G) Traitement chirurgical, s'il y a lieu.
Date de l'intervention : (JJ/MM/AAAA) ___/___/___
Détails : _____

H) Est-ce que d'autres médecins ont traité le patient/la patiente suivant l'accident? Oui Non
Si oui, donner le nom et l'adresse du/des médecin(s) : _____

I) Veuillez donner les détails de la perte.

	Gauche	Droit(e)	Les deux	Date de la perte (JJ/MM/AAAA)	Niveau de l'amputation ou le % de la perte d'usage
Main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	
Pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	
Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	
Jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	
Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	

Prénom du patient _____

Nom du patient _____

___/___/___
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

J) Si une perte de vue, veuillez indiquer :

	Oeil gauche		Oeil droite	
Acuité visuelle				
Acuité avec verres				
La vision peut être entièrement ou partiellement corrigée par :	<input type="checkbox"/> Verres	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Verres	<input type="checkbox"/> Chirurgie
	<input type="checkbox"/> Traitements	<input type="checkbox"/> Aucun moyen	<input type="checkbox"/> Traitements	<input type="checkbox"/> Aucun moyen

K) La perte d'usage est-elle le résultat direct de l'accident, indépendamment de toute autre cause? Oui Non
Si non, veuillez expliquer : _____

L) Au moment de l'accident, le patient/la patiente avait-il/elle consommé :

des médicaments Oui Non de la drogue Oui Non de l'alcool Oui Non

Si oui, veuillez fournir les résultats des tests.

M) Autres commentaires et renseignements pertinents : _____

Prénom _____

Nom _____

Adresse complète _____

Téléphone _____

Télécopieur _____

Omnipraticien Spécialiste (préciser) _____ Autre (préciser) _____

Signature du médecin traitant _____

Date (JJ/MM/AAAA) _____

À noter: Tous les frais demandés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du patient/de la patiente.