

**OÙ SOUMETTRE CE FORMULAIRE**

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre le formulaire à :

**Québec**  
C. P. 800, succursale Maison de la Poste  
Montréal (Québec) H3B 3K5  
Télécopieur : 1 855 884-9811

**Toutes les autres provinces**  
C. P. 4643, succursale A  
Toronto (Ontario) M5W 5E3  
Télécopieur : 1 877 780-7247

**1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT/LA PERSONNE À CHARGE (CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PARTICIPANT)**

N° de police \_\_\_\_\_ N° de certificat \_\_\_\_\_

Prénom du participant \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Prénom de la personne à charge \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Date de naissance de la personne à charge 

		A			M			J		
--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--

Niveau de scolarité atteint : Primaire \_\_\_\_\_ Secondaire \_\_\_\_\_ Collégial/universitaire \_\_\_\_\_

Où le patient réside-t-il?  Chez le participant  Autre, spécifiez \_\_\_\_\_

Si le patient est à l'emploi, combien d'heures travaille-t-il par semaine? \_\_\_\_\_ heures/semaine

Est-ce que l'une des personnes suivantes reçoit de l'aide gouvernementale :

a) le patient?  Oui  Non Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

b) la personne qui en est responsable?  Oui  Non Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

**2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT)**

1. Diagnostic \_\_\_\_\_

2. Date du début de la déficience 

		A			M			J		
--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--

3. Capacités affectées/limitations :

a) Nature et degré de la déficience physique ou mentale \_\_\_\_\_

b) Le patient peut-il rester seul sans supervision?  Oui  Non

c) Activité que le patient ne peut pas accomplir :  Se laver  S'habiller  Se nourrir  Se servir des toilettes  Se déplacer

4. L'état du patient est-il permanent et stationnaire, ou peut-on s'attendre à une amélioration quelconque?

5. Le patient prend-il un ou des médicaments en lien avec son handicap?  Oui  Non Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

6. Le patient est-il en mesure d'exercer un emploi rémunérateur ou un emploi qui lui permette de tirer des bénéfices?  Oui  Non, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**Veuillez fournir une copie des rapports des médecins et des autres spécialistes consultés concernant l'état du patient.**

Coordonnées du médecin

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal 

--	--	--	--	--	--	--	--

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Généraliste  Spécialiste, spécifiez \_\_\_\_\_  Autre, spécifiez \_\_\_\_\_

Signature du médecin traitant **X** \_\_\_\_\_

Date 

		A			M			J		
--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--