

À remplir par le médecin. L'assuré est responsable de défrayer les frais engagés pour remplir ce formulaire.

NUMÉRO DE CONTRAT

### Identification du patient

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance année mois jour
-----	--------	---	--------------------------------------

### Renseignements sur l'accident ou la maladie

Diagnostic ou nature de la blessure ou de la maladie : \_\_\_\_\_

Date de la blessure ou de l'apparition des premiers symptômes de la maladie : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation : \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle déjà souffert de cette maladie?  Oui  Non

Si oui, veuillez spécifier la date : \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle été hospitalisée relativement à cette condition?  Oui  Non

Si oui, veuillez spécifier les dates : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Veuillez inscrire les dates d'examen ou de traitement pour cette condition depuis la première consultation :  
\_\_\_\_\_

Est-ce que cette condition est une complication d'une condition sous-jacente?  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Est-ce que la personne vous a été référée par un autre médecin?  Oui  Non

Nom et adresse du médecin référant : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si oui, veuillez indiquer la date de la référence : \_\_\_\_\_

### Recommandation médicale quant à la capacité d'effectuer le voyage

Est-ce que la personne blessée ou malade est celle qui devait voyager?  Oui  Non

Si oui, est-ce que la personne était inapte à voyager en raison de cette maladie ou blessure?  Oui  Non

Veuillez indiquer la date à laquelle vous lui avez recommandé d'annuler son voyage : \_\_\_\_\_

Vous lui avez recommandé de ne pas voyager du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Précisez s'il y a d'autres raisons qui rendent cette personne inapte à voyager : \_\_\_\_\_

### Commentaires

### Identification et signature du médecin

Nom et adresse du médecin (en caractère d'imprimerie) : _____	Sceau du médecin
Spécialité : _____ Téléphone : _____	
Date : _____ Signature du médecin : _____	