

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

9. Quels tests ont été menés pour en arriver à ce diagnostic? Veuillez également préciser la date des tests.

- Test de sudation _____
JJ/MMM/AAAA
- Dosage de la trypsine immunoréactive (TIR) _____
JJ/MMM/AAAA
- Autre _____
JJ/MMM/AAAA

10. Les autres affections possibles ont-elles été toutes exclues (c.-à-d. asthme, bronchite chronique, pneumonie ou maladie coéliquae)? Oui Non

11. Veuillez décrire le tableau clinique actuel et le protocole de traitement :

12. Est-ce que l'enfant a été orienté vers un établissement de traitement, un centre médical spécialisé ou un ou une spécialiste de la santé pour recevoir un traitement continu? Oui Non

Si oui, précisions (incluant les dates et l'établissement) :

13. Est-ce que le patient ou la patiente a déjà souffert d'une maladie semblable ou connexe, ou reçu un traitement pour une maladie semblable ou connexe? Oui Non

Si oui, dates et précisions :

14. Y a-t-il des maladies connexes dans les antécédents familiaux? Oui Non

Si oui, lien de parenté, nature de la maladie et âge auquel la maladie a été diagnostiquée :

15. Y a-t-il des facteurs présents dans les antécédents médicaux personnels (incluant à la naissance et avant celle-ci) ou dans les antécédents familiaux qui auraient pu augmenter le risque de l'affection ou y contribuer? Oui Non

Si oui, précisions :

16. Nom et adresse des médecins, spécialistes et hôpitaux où la patiente ou le patient a été dirigé ou traité pour son affection :

17. Veuillez fournir toute autre information que vous jugez pertinente pour la demande de règlement :
