

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN (SUITE)

1. Le patient est-il atteint du syndrome coronarien aigu, lequel a été diagnostiqué dans l'année qui suit une angine instable, un infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI), ou un infarctus du myocarde avec surélévation du segment ST (STEMI) traité par une intervention coronarienne percutanée? Oui Non
2. Le patient a-t-il eu une thrombose de l'endoprothèse (stent) démontrée par une angiographie pendant qu'il prenait du clopidogrel? Oui Non
Si oui, la thrombose est-elle sur le site de l'endoprothèse (stent)? Oui Non
3. Le patient a-t-il une véritable allergie au clopidogrel, laquelle est documentée? Oui Non
Si oui, préciser la date et le genre de réactions allergiques, ainsi qu'une description de l'événement. _____

4. Le patient a-t-il eu une intolérance au clopidogrel? Oui Non
5. Le patient a-t-il eu un accident vasculaire cérébral ou un accident ischémique transitoire? Oui Non

J'atteste que les renseignements figurant sur le présent formulaire sont vrais, complets et exacts.

Signature du médecin _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

SECTION 4 – AUTORISATION DU PATIENT OU DU TUTEUR LÉGAL

Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

J'autorise Co-operators Compagnie d'assurance-vie (a) à utiliser les renseignements personnels figurant sur le présent formulaire et tout autre renseignement personnel en sa possession sur le patient susmentionné dans le but d'étudier la présente demande d'autorisation préalable ou toute demande de règlement connexe et d'administrer le régime d'assurance collective au titre duquel toute telle demande peut être déposée, et (b) à communiquer avec les personnes suivantes pour obtenir ou leur divulguer lesdits renseignements personnels : tout médecin, pharmacien ou tout autre professionnel de la santé ou conseiller en gestion de la santé disposant de renseignements sur la santé dudit patient qui pourraient servir à la présente demande ou à toute demande de règlement connexe.

J'atteste que les renseignements figurant sur le présent formulaire sont vrais, complets et exacts.

Nom du patient ou du tuteur légal _____ Téléphone _____

Signature du patient ou du tuteur légal _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA