

ASSURANCE COLLECTIVE DÉCLARATION DU MÉDECIN EN CAS DE MALADIES GRAVES AUTISME

COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Réclamations vie
1900 Albert Street
Regina SK S4P 4K8

Tél. : 1-866-442-3098

Télé : 1-866-889-9925

DIRECTIVES

Écrire en lettres moulées de manière lisible et remplir toutes les sections pour éviter tout retard dans le traitement de la demande.

La section confidentielle sur les renseignements médicaux doit être remplie par votre médecin.

Il est à noter que les frais demandés pour remplir ce formulaire sont à la charge des parents ou du tuteur légal du patient.

La ou les affections indiquées ci-dessus pourraient ne pas être couvertes par votre police. **En conséquence, veuillez consulter votre police d'assurance pour savoir si l'affection en question est couverte par votre régime.**

Une fois le formulaire rempli, le bureau du médecin doit l'envoyer directement par télécopieur ou par la poste à l'adresse ci-indiquée (document original).

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (À REMPLIR PAR LE PATIENT)

Patient _____ Date de naissance _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____ JJ/MMM/AAAA

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

1. VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DES DOCUMENTS SUIVANTS : DOSSIERS MÉDICAUX, QUESTIONNAIRES (Y COMPRIS LE M-CHAT (MODIFIED CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLERS), L'ADI-R (AUTISM DIAGNOSTIC INTERVIEW-REVISED) ET L'ADOS (AUTISM DIAGNOSTIC OBSERVATION SCALE)), EXAMENS MÉDICAUX ET NEUROLOGIQUES, NOTES PRISES LORS DE RENCONTRES, OBSERVATIONS ET ÉVALUATIONS, RAPPORTS DE CONSULTATION ET RÉSUMÉS D'HOSPITALISATION.

2. Quel est votre diagnostic pour ce patient?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autisme | Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA |
| <input type="checkbox"/> Syndrome d'Asperger | Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA |
| <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme | Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA |
| <input type="checkbox"/> Trouble envahissant du développement | Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA |
| <input type="checkbox"/> Indéterminé | Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA |

3. Date où ce diagnostic a été abordé pour la première fois avec les parents ou le tuteur du patient _____
JJ/MMM/AAAA

4. Êtes-vous le médecin habituel du patient? Oui Non

Si non, indiquez le nom et l'adresse au complet du médecin habituel du patient : _____

5. Veuillez préciser les symptômes qui ont poussé le patient à vous consulter pour cette maladie. Indiquez la date de début et la gravité de chaque symptôme :

Symptôme	Date de début (JJ/MMM/AAAA)	Gravité

6. Quel âge avait l'enfant quand, à la lumière des symptômes, un spécialiste (psychologue, pédiatre spécialisé dans le développement, neuropédiatre) a envisagé pour la première fois un diagnostic d'autisme?

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

7. Parmi les signes et comportements ci-dessous, cochez ceux qui ont mené à diriger le patient vers un spécialiste (psychologue, pédiatre spécialisé dans le développement, neuropédiatre) :

HABILETÉS SOCIALES

- Déficience marquée de la capacité à adopter de nombreux comportements non verbaux, tels que le contact visuel direct, les expressions faciales, les postures du corps et les gestes pour communiquer dans les interactions sociales
- Incapacité de nouer des relations interpersonnelles adaptées au niveau de développement
- Manque de spontanéité dans l'expression de la joie, des intérêts ou des réussites (p. ex. ne pas montrer, apporter ou pointer du doigt les objets qui représentent un intérêt)
- Manque de réciprocité sociale ou émotionnelle

COMMUNICATION

- Retard dans le développement du langage parlé (ou absence de développement)

HABILETÉS MOTRICES

- Maniérisme moteur stéréotypé et répétitif (p. ex. secouer ou tordre les doigts ou les mains ou exécuter des mouvements complexes avec tout le corps)

AUTRES

- Jeu symbolique ou fondé sur l'imaginaire
- Schémas comportementaux, activités et intérêts répétitifs, limitatifs et stéréotypés
- Autre : _____

8. Date où l'on vous a consulté pour la première fois pour cette maladie _____
JJ/MMM/AAAA

9. Quels tests le patient a-t-il passés à des fins de diagnostic?

10. Veuillez préciser en quoi consiste le traitement actuel et indiquer les dates et les circonstances de tout examen médical ou hospitalisation :

11. Le patient a-t-il été orienté vers un établissement de traitement, un centre médical ou un professionnel de la santé spécialisé pour recevoir un traitement continu? Oui Non

Si oui, donnez des précisions et indiquez les dates et l'établissement en question :

12. Des membres de sa famille (liés par le sang) ont-ils déjà présenté une affection semblable ou connexe? Oui Non

Si oui, veuillez préciser le lien de parenté, la nature de l'affection et l'âge auquel l'affection a été diagnostiquée :

13. Dans les antécédents médicaux de l'enfant ou de sa famille, a-t-on noté une maladie ou affection représentant un facteur contributif (p. ex. blessure survenue avant la naissance ou au moment de la naissance, hypoxie, maladie mitochondriale, maladie génétique ou autre)?

14. Veuillez indiquer les nom et adresse de tous les médecins consultants, spécialistes ou hôpitaux vers lesquels le patient a été dirigé ou qui l'ont traité pour son affection (avec mention des dates et de la raison de la consultation) :

15. Veuillez fournir toute information que vous croyez pertinente à notre étude de la demande de prestations :

