

SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

- Veuillez remplir le présent formulaire **en entier**. S'il manque des renseignements, le formulaire sera retourné à l'adhérent.
- Les formulaires incomplets ne peuvent être traités.
- Tous les frais requis pour faire remplir ce formulaire sont à la charge de l'adhérent.

SECTION A. IDENTIFICATION DU PATIENT – À remplir par l'adhérent.

Nom et prénom de l'adhérent	N° de groupe	N° de certificat	
Nom et prénom du patient	Date de naissance AAAA MM JJ	N° de téléphone	
Adresse – N°, rue, appartement	Ville	Province	Code postal

Si le formulaire a été rempli par le représentant légal ou le mandataire de l'adhérent

VOTRE NOM EN

LETTRES MAJUSCULES : _____ N° de téléphone : _____

SECTION B. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT – À remplir par le médecin traitant.

1. Veuillez fournir un bref résumé de l'invalidité du patient et la date approximative à laquelle les symptômes se sont présentés :

2. Veuillez donner votre opinion quant au pronostic :

3. Au meilleur de votre connaissance, depuis quand le patient souffre-t-il de cette condition : _____ année(s) _____ mois
AAAA MM JJ

4. Y a-t-il eu une intervention chirurgicale? Oui Non Si oui, veuillez indiquer la date à laquelle l'intervention chirurgicale a eu lieu : _____

Préciser la nature de l'intervention chirurgicale et ses résultats : _____

5. Indiquer le niveau de soins requis par le patient : I.A. I.A.I. Autre : _____

6. Fournir une description détaillée des tâches qui sont ou qui étaient effectuées : _____

7. Est-ce qu'une personne ayant des titres de compétences moins élevés peut ou aurait pu administrer ces soins? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer : _____

8. Indiquer où ces services sont ou ont été effectués : À la maison À l'hôpital Autre : _____
AAAA MM JJ AAAA MM JJ

9. Indiquer la durée ou la durée prévue de ces soins : Du _____ Au _____

10. Préciser le nombre d'heures par jour : 4 6 8 16 24

11. Quel type de médicaments a été prescrit? _____

12. Comment les médicaments sont-ils ou ont-ils été administrés? _____

13. Veuillez fournir tout renseignement supplémentaire : _____

SECTION C. IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT – En lettres majuscules.

Nom et prénom du médecin traitant	N° de téléphone	N° de télécopieur	
Adresse – N°, rue, bureau	Ville	Province	Code postal

Signature du médecin traitant :

Date :

Veuillez retourner à : Desjardins Assurances, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6