

Déclaration du médecin traitant

Renseignements sur le (la) défunt(e)

Nom (à la naissance) : _____ Prénom : _____

 Sexe : homme femme

Déclaration du médecin traitant

 Êtes-vous le médecin de famille ? oui non

[A | A | A | A | M | M | J | J]

[A | A | A | A | M | M | J | J]

Date de naissance du défunt :

Date du décès :

Depuis combien de temps soignez-vous ce patient ?

Lieu du décès : (en cas de décès dans un hôpital ou autre établissement, donnez-en le nom)

Cause du décès :

a. Maladie ou condition qui a provoqué la mort (non pas la manière dont le décès s'est produit, comme une crise cardiaque, asthénie, etc., mais la maladie, la blessure ou la complication qui a causé le décès) :

b. Intervalle entre le début de la maladie et le décès :

c. Causes antécédentes (états invalidants, s'il y a lieu, ayant été à l'origine de la cause immédiate du décès) :

 La mort a-t-elle été causée par : suicide : oui non homicide : oui non accident : oui non

 Y a-t-il eu : enquête du coroner : oui non autopsie : oui non

Quelles en sont les conclusions ?

 Au meilleur de votre connaissance, le patient a-t-il fait usage de tabac, sous n'importe quelle forme ? oui non

Si oui, depuis quand ?

Le suivi médical antérieur

Au cours des cinq (5) dernières années, le patient a-t-il consulté ou été traité par un professionnel de la santé, subi un examen médical ou un suivi médical, souffert ou été diagnostiqué, pour l'un ou l'autre des problèmes de santé suivants : troubles cardiaques ou des vaisseaux sanguins, troubles sanguins incluant cholestérol, troubles de la tension artérielle, tumeurs ou cancer, dystrophie musculaire, sclérose en plaques, SIDA, VIH ou toute autre maladie ou désordre immunologique, douleurs à la poitrine ou angine, troubles pulmonaires ou respiratoires, troubles digestifs, troubles du foie, troubles de l'intestin, troubles des reins, troubles du système urinaire, troubles des organes génitaux, troubles du système nerveux, diabète, fibromyalgie ou fatigue chronique, problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale, troubles musculaires, des articulations ou des os, ou troubles psychologiques ou psychiatriques. (si plus de 5 consultations, veuillez annexer une autre feuille)

 non ne sais pas oui Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Maladies	Dates	Résultats/Traitements	Périodes d'hospitalisation	Quand le patient a-t-il été informé de sa maladie?
	[A A A A M M J J]			
	[A A A A M M J J]			
	[A A A A M M J J]			
	[A A A A M M J J]			
	[A A A A M M J J]			

Signature du médecin (écrire en lettres moulées)

Nom, prénom : _____

N° de permis d'exercer : _____

 Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____

Téléphone : () _____

Courriel : _____

Signature du médecin : _____

Date : [A | A | A | A | M | M | J | J]