

8. Veuillez détailler les habitudes du patient ainsi que son historique médical qui auraient pu augmenter le risque ou contribuer à son état.

9. Est-ce qu'une opération a été requise ou est à prévoir? Si oui, date et nature de l'intervention.

10. Veuillez détailler les habitudes du patient quant à la cigarette, incluant selon vos informations et si tel est le cas, combien de cigarettes le patient fumait dans le passé et combien il en fume aujourd'hui.

11. Date de retour aux activités normales et/ou limitations physiques et mentales actuelles.

12. Si vous possédez d'autres informations de nature médicale susceptible de nous aider dans l'évaluation de cette demande, veuillez nous les fournir.

Nous inclure une copie du dossier COMPLET que vous possédez pour cette personne, incluant notes manuscrites.

NOM (caractère d'impression) : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____ SPÉCIALITÉ : _____

X _____

SIGNATURE

DATE

ESTAMPE DU MÉDECIN :

