



N° de dossier :	N° de décision :
N°(s) matricule(s) :	

**Questionnaire médical : affections  
du nez, de la gorge et des sinus**

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance :
Nom du médecin :		Date de l'examen :

**DIAGNOSTIC MÉDICAL LIÉ À L'AFFECTION OU AUX AFFECTIONS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE/OUVRANT DROIT À PENSION ET POUR LESQUELLES IL FAUT UN EXAMEN :**

1. \_\_\_\_\_

Ce diagnostic est-il  confirmé ou  provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

2. \_\_\_\_\_

Ce diagnostic est-il  confirmé ou  provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

3. \_\_\_\_\_

Ce diagnostic est-il  confirmé ou  provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

**Anciens Combattants Canada a besoin de renseignements très précis pour évaluer l'affection ou les affections faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension du client. Comme ces renseignements ne font pas nécessairement partie des données figurant au dossier clinique, nous vous prions de répondre aux questions suivantes.**

**Ne remplissez que les sections pertinentes.**

**Si vous avez besoin de plus d'espace pour consigner les renseignements fournis, veuillez utiliser la feuille réservée aux « commentaires additionnels ».**

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : Décrivez les symptômes persistants en indiquant la fréquence et la durée, de même que les facteurs aggravants et les facteurs de soulagement.**

Lésions?  Oui  Non **Précisez (en indiquant les dates)**

D'autres consultations ou tests de diagnostic sont-ils en cours ou prévus?  Oui  Non

Dans l'affirmative, indiquez la nature du test et/ou de la consultation ainsi que la date du rendez-vous (si vous la connaissez).

**Obstruction des voies respiratoires nasales et rhinite**

**Veuillez choisir l'affirmation la plus appropriée :**

- Aucune manifestation clinique ou symptôme d'obstruction des voies respiratoires nasales ou de rhinite.
- Obstruction occasionnelle des voies respiratoires nasales ou symptômes occasionnels (saisonniers) de rhinite nécessitant la prise d'un médicament.
- Obstruction chronique des voies respiratoires nasales ou symptômes chroniques de rhinite nécessitant la prise d'un médicament pendant plus de quatre mois pendant l'année.
- Cloison nasale perforée.

**Commentaires :**

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

**Sinusite :**

**Veillez choisir l'affirmation la plus appropriée :**

- Aucune manifestation clinique ni symptôme de sinusite.
- Symptômes chroniques de sinusite contrôlés par la prise régulière d'un ou de plusieurs médicaments.
- Symptômes chroniques de sinusite qui ne sont pas entièrement contrôlés par la prise régulière d'un ou de plusieurs médicaments et qui apparaissent moins de quatre mois par année.
- Symptômes chroniques de sinusite qui ne sont pas entièrement contrôlés par la prise régulière d'un ou de plusieurs médicaments et qui apparaissent plus de quatre mois par année.

**Commentaires :**

**Gorge :**

Le client a-t-il subi une trachéotomie permanente?  Oui  Non

**Commentaires :**

**VEUILLEZ JOINDRE/TRANSMETTRE DES COPIES DES RAPPORTS PERTINENTS (C.-À-D. LES RAPPORTS DE DIAGNOSTIC, DE CONSULTATION, DE CHIRURGIE ET DE LABORATOIRE, AINSI QUE DES DONNÉES SOMMAIRES SUR LES CONGÉS DES HÔPITAUX)**

**TRAITEMENT :** Veuillez fournir une liste exhaustive des médicaments (précisez la posologie, la fréquence, la durée, la voie d'administration et la réaction du client au traitement) ainsi qu'une description de toute chirurgie, hospitalisation et toute autre thérapie (p. ex. physiothérapie).

**COMPLICATIONS :**

L'affection faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension a-t-elle entraîné des complications?  Oui  Non  
 Dans l'affirmative, veuillez préciser :

**EXAMEN PHYSIQUE: (remplir uniquement la partie qui porte sur l'affection ou les affections faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension)**

Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_ Tension artérielle \_\_\_\_\_ Pouls \_\_\_\_\_ Respiration \_\_\_\_\_

**ASPECT GÉNÉRAL :**

**OBSERVATIONS : Décrire toute observation pertinente.**

**AUTRES OBSERVATIONS PERTINENTES : (c.-à-d. autres affections qui pourraient contribuer à l'invalidité du patient)**

Signature du médecin :	ACC doit-il être facturé? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	N° de tél. : ( )	Date du jour :
------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	---------------------	----------------

