

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

Questionnaire médical : affections malignes

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) :

Espérance de vie :

La durée de survie prédite se fonde sur l'estimation provenant d'un oncologue ou d'un autre médecin praticien ou médecin spécialiste qualifié; si cette information n'est pas disponible, il faut établir une estimation en se fondant sur un ouvrage médical de référence reconnu.

Que pensez-vous de l'espérance de vie prédite pour ce client?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> normale, ou presque normale, survie de cinq ans | <input type="radio"/> survie prévue de cinq ans inférieure à 25 p. 100 |
| <input type="radio"/> survie prévue de cinq ans inférieure à 90 p. 100 | <input type="radio"/> survie prévue d'un an inférieure à 50 p. 100 |
| <input type="radio"/> survie prévue de cinq ans inférieure à 75 p. 100 | <input type="radio"/> survie prévue d'un an inférieure à 25 p. 100 |
| <input type="radio"/> survie prévue de cinq ans inférieure à 50 p. 100 | |

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)

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
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? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Dans l' <u>affirmative</u> , 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.		
SI LES AVQ SONT AFFECTÉES CONTINUELLEMENT, MALGRÉ UN TRAITEMENT OPTIMAL, VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION SUR LES AVQ.		
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 :		



**Questionnaire médical sur les
activités de la vie quotidienne (AVQ)**

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

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

SI APPLICABLE À L'AFFECTION OU AUX AFFECTIONS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE/OUVRANT DROIT À PENSION

Activités de la vie quotidienne :

Veillez décrire l'effet des affections ouvrant droit à pension sur les activités de la vie quotidienne.

Choisir l'énoncé qui décrit le mieux le niveau de fonctionnement actuel du client pour chacune des activités suivantes :

Activité	Autonome	Autonome (avec aides)	A besoin de rappels, d'incitations, de surveillance	A besoin de beaucoup d'assistance	Totalement dépendant d'autrui
Manger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre son bain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire sa toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'habiller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aller à la toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se transférer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veillez préciser (énumérez les aides requises, précisez si la personne peut s'asseoir/se tenir debout sans aide pour exécuter la tâche, s'il y a des risques, si la personne est alitée, etc.) :

Continence/incontinence :

Choisir l'énoncé qui décrit le mieux la situation actuelle du client relativement au contrôle de la vessie et des intestins :

	Continence (aucune assistance requise)	Rares accidents la nuit (au plus une fois par semaine)	Des accidents le jour (plus d'une fois par semaine)	Des accidents le jour (besoin de serviettes pour incontinence)	Des accidents le jour (a besoin d'assistance)	Incontinence totale
Vessie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intestins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaire : veuillez indiquer le nombre de serviettes pour incontinence utilisées par jour, s'il y a lieu.

Capacités locomotrices : veuillez indiquer si le client a de la difficulté à marcher, la distance de marche et la liste des aides requises.

Douleur chronique : veuillez indiquer l'intensité de la douleur, la fréquence, les symptômes et la réaction du client au traitement.

Commentaires : prenez soin d'indiquer les autres affections en cause.

Signature du médecin :	Date du jour :
------------------------	----------------

