

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

**Questionnaire médical : affections cutanées**

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).

**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).**

**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 \_\_\_\_\_

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

**ASPECT GÉNÉRAL :**

**OBSERVATIONS :** Utiliser le schéma de la « règle des neuf » et décrire la partie du corps en cause.

Veillez indiquer :

- le type de lésion (p. ex. macule, papule, nodule, vésicule, plaque, tumeur, bulle, pustule, boule d'oedème, télangiectasie, etc.);
- la nature de la lésion (p. ex. squameuse, suintante, croûteuse, hémorragique ou qui cause des fissures ou des érosions);
- le siège et l'étendue de l'affection cutanée, par quarts (p. ex. un quart de la main droite);
- dans le cas des cicatrices, veuillez les décrire en indiquant le lieu, la taille, toute sensibilité localisée, l'adhérence au tissu sous-jacent, la perte de tissu sous-jacent, ainsi que toute formation de chéloïdes.

Pour les surfaces corporelles ci-dessous, veuillez indiquer l'étendue de l'affection cutanée.

Visage/cuir chevelu

- jusqu'à 1/8 du cuir chevelu
- jusqu'à 1/8 du visage
- plus de 1/8 à 1/4 du cuir chevelu
- plus de 1/8 à 1/4 du visage
- plus de 1/4 à 1/2 du cuir chevelu
- plus de 1/4 à 1/2 du visage
- plus de 1/2 du cuir chevelu
- plus de 1/2 du visage

Mains

- jusqu'à 1/4 des mains
- plus de 1/4 à 1/2 des mains
- plus de 1/2 à 3/4 des mains
- plus de 3/4 des mains

Pieds

- jusqu'à 1/4 des pieds
- plus de 1/4 à 1/2 des pieds
- plus de 1/2 à 3/4 des pieds
- plus de 3/4 des pieds

Affections généralisées

En vous servant du diagramme de la « règle des neuf » pour vous guider, veuillez indiquer la surface corporelle atteinte (approximativement).

- jusqu'à 18%
- de 19 à 27%
- de 28 à 36%
- de 37 à 45%
- de 46 à 54%
- plus de 54%

Organes génitaux/Périnée

- jusqu'à 1/8 des organes génitaux/du périnée
- plus de 1/8 à 1/4 des organes génitaux/du périnée
- plus de 1/4 à 1/2 des organes génitaux/du périnée
- plus de 1/2 des organes génitaux/du périnée

Ongles

Veillez préciser le nombre d'ongles atteints : \_\_\_\_\_

**COMPLICATIONS :**

L'affection faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension a-t-elle entraîné des complications?  Yes  No  
 Dans l'affirmative, veuillez préciser :

**AUTRES OBSERVATIONS PERTINENTES :** (c.-à-d. autres affections qui pourraient contribuer à la déficience du patient)

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

# la règle des neuf

Estimer le pourcentage de la partie du corps atteinte



