



N° de dossier :	N° de décision :
-----------------	------------------

Questionnaire médical : affections des voies urinaires et de l'appareil reproducteur (masculin et féminin)

N°(s) matricule(s) :

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).

Examen physique – Femme :

Veuillez indiquer si l'un ou plusieurs des troubles suivants sont présents (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

Ovaires :

Sensibilité/douleur, précisez : légère modérée sévère

Commentaires :

Infertilité à la ménopause ou après la ménopause

Ovariectomie préménopausique, précisez : unilatérale bilatérale

Salpingectomie préménopausique

Autre, veuillez préciser : _____

Utérus :

Commentaires :

Hémorragie intense et irrégulière

Sensibilité/douleur, précisez : légère modérée sévère

masses

Hystérectomie, précisez : préménopausique postménopausique

Endométriose

Autre, veuillez préciser : _____

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

Col utérin/Vagin :

Commentaires :

- Fistules vaginales
 Autre, veuillez préciser : _____

Trompes de Fallope :

Commentaires :

- Ligature des trompes (élective)
 Perte de la perméabilité (préménopausique)

Seins :

Commentaires :

- Tumorectomie
 Mastectomie droite, précisez : simple ou radicale
 Mastectomie gauche, précisez : simple ou radicale
 Mastectomie bilatérale, précisez : simple ou radicale
 Autre, veuillez préciser : _____

Examen physique – Homme :Testicules :

Commentaires :

- Diminution de la mobilité testiculaire
 Perte ou atrophie d'une testicule, précisez : droite ou gauche
 Perte ou atrophie bilatérale des testicules
 Stérilité permanente
 Autre, veuillez préciser : _____

Pénis :

Commentaires :

- Dysfonction érectile réagissant au traitement
 Dysfonction érectile ne réagissant pas au traitement
 Douleur post-éjaculatoire intense; évitement total des rapports
 Ablation du gland du pénis
 Perte de pénis en amont du gland
 Maladie de La Peyronie; capable d'avoir des relations sexuelles
 Maladie de La Peyronie; incapable d'avoir des relations sexuelles

Scrotum :

Commentaires :

- Varicocèle, avec douleur quotidienne? Oui Non
 Hydrocèle, avec douleur quotidienne? Oui Non
 Autre, précisez : _____ avec douleur quotidienne? Oui Non

Prostate :

Commentaires :

- Prostatite
 Hypertrophie bénigne de la prostate
 Épididymite

Seins :

Commentaires :

- Tumorectomie
 Gynécomastie
 Écoulement mammaire persistant
 Mastectomie, précisez : unilatérale bilatérale
 Autre, veuillez préciser : _____

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.		
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 :		

