

1. ASSURÉ/TITULAIRE

| | |
|---|--------------------------------|
| Nom (prénom, second prénom, nom de famille) | Date de naissance (jj/mm/aaaa) |
|---|--------------------------------|

2. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Avez-vous un médecin/une infirmière clinicienne habituel(le)? oui non Si « oui », veuillez fournir les détails suivants (Si les dossiers de votre médecin habituel/infirmière clinicienne habituelle ne sont pas à jour et/ou sont incomplets, veuillez indiquer le nom du médecin/de l'infirmière clinicienne ou de la clinique qui a les dossiers à jour et complets à la section 2.7.) :

| | | |
|---|---|---|
| Nom du médecin ou de l'infirmière clinicienne (prénom, nom de famille) | Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa) | |
| Adresse et numéro de téléphone du médecin ou de l'infirmière clinicienne | | |
| Raison de la dernière visite chez le médecin/l'infirmière clinicienne habituel(le) | | |
| Résultats de la dernière visite chez le médecin/l'infirmière clinicienne habituel(le) | | |
| Avez-vous vu un autre médecin/une autre infirmière clinicienne que votre médecin/infirmière clinicienne habituel(le) dans une clinique ou un hôpital? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », veuillez fournir les détails : | | |
| Adresse et numéro de téléphone du médecin/de l'infirmière clinicienne/de la clinique/de l'hôpital | | |
| Raison de la dernière visite chez un autre médecin/une autre infirmière clinicienne, à une autre clinique, à un autre hôpital | Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa) | |
| Résultats de la dernière visite chez un autre médecin/une autre infirmière clinicienne, à une autre clinique, à un autre hôpital | | |
| Taille <input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm | Poids <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg | Changement de poids depuis un an <input type="radio"/> Gain <input type="radio"/> Perte <input type="radio"/> lb _____ <input type="radio"/> kg _____ |
| Raison (s'il s'agit d'une grossesse, veuillez fournir la date d'accouchement prévue) | | |

2.1 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DES MEMBRES DE LA FAMILLE

Est-ce que l'un de vos parents, frères ou soeurs biologiques, vivants ou décédés, a déjà souffert de l'une des conditions suivantes : Si « oui », veuillez remplir la section ci-dessous pour le membre de la famille immédiate, n'inscrivez aucun renseignement concernant un test génétique. Si inconnu, veuillez indiquer la raison à la section 2.6.

| | | | | |
|--|---|--|---|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Diabète • Cancer • Hypertension artérielle • Accident vasculaire cérébral • Maladie du cœur • Polycystose des reins | <ul style="list-style-type: none"> • Maladie du rein • Maladie de Huntington • Maladie d'Alzheimer • Maladie du motoneurone, y compris, mais sans s'y limiter, la SLA (sclérose latérale amyotrophique) ou la maladie de Lou Gehrig | <ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Parkinson • Maladie mentale • Suicide • Sclérose en plaques • Hépatite • Toute autre maladie héréditaire | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> inconnu | |
| Lien avec l'assuré | Maladie (Si cancer, indiquez le type) | Âge au début de la maladie | Âge si en vie | Âge au décès |
| Lien avec l'assuré | Maladie (Si cancer, indiquez le type) | Âge au début de la maladie | Âge si en vie | Âge au décès |

2.2 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Avez-vous déjà souffert de l'une des conditions suivantes, subi des tests ou été traité pour l'une des conditions suivantes ou vous a-t-on déjà dit que vous pourriez souffrir de l'une d'entre elles : Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 2.7, n'inscrivez aucun renseignement concernant un test génétique. Nous vous prions d'indiquer la date, le diagnostic, le traitement, les résultats et la durée ainsi que le nom et l'adresse de tous les conseillers médicaux et établissements médicaux.

A) Tête et système respiratoire

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Névrite optique • Troubles de la vue • Cécité • Glaucome • Surditte • Tout autre trouble ou problème relatif aux yeux, aux oreilles, au nez, à la gorge ou aux poumons : | <ul style="list-style-type: none"> • Acouphène • Enrouement persistant • Crachements de sang • Perte de la parole • Apnée du sommeil | <ul style="list-style-type: none"> • Tuberculose • Sarcoidose • Fibrose kystique • Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) | <ul style="list-style-type: none"> • Bronchite • Asthme • Emphysème | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
|---|---|--|--|---|

2.2 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

Avez-vous déjà souffert de l'une des conditions suivantes, subi des tests ou été traité pour l'une des conditions suivantes ou vous a-t-on déjà dit que vous pourriez souffrir de l'une d'entre elles : Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 2.7, n'inscrivez aucun renseignement concernant un test génétique. Nous vous prions d'indiquer la date, le diagnostic, le traitement, les résultats et la durée ainsi que le nom et l'adresse de tous les conseillers médicaux et établissements médicaux.

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>B) Troubles neurologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Épilepsie ou convulsions Évanouissements Maux de tête Étourdissements Accident ischémique transitoire (AIT) Accident vasculaire cérébral Tremblements Maladie de Parkinson Tout autre trouble ou problème neurologique : | <ul style="list-style-type: none"> Maladie du motoneurone (maladie de Lou Gehrig/SLA) Maladie d'Alzheimer Déficience intellectuelle Démence Faiblesse des extrémités Faiblesse musculaire Sclérose en plaques | <ul style="list-style-type: none"> Fourmillement Engourdissements Perte d'équilibre Perte de la parole Paralysie cérébrale Autisme Trouble du développement TDAH/DCA | <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> |
| <p>C) Troubles psychologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Anxiété Dépression Trouble bipolaire Tout autre problème ou trouble émotionnel, comportemental ou psychiatrique : | <ul style="list-style-type: none"> Crises de panique Schizophrénie Déficience mentale | <ul style="list-style-type: none"> Tentative de suicide ou idées suicidaires Trouble de l'alimentation | <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> |
| <p>D) Cœur et système circulatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Douleurs thoraciques Angine Essoufflement Crise cardiaque (infarctus du myocarde) Pontage ou angioplastie ECG anormal Tout autre problème ou trouble cardiaque, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire : | <ul style="list-style-type: none"> Pouls irrégulier Palpitations Souffle cardiaque Stimulateur cardiaque Hypertension artérielle Hypercholestérolémie | <ul style="list-style-type: none"> Accident ischémique transitoire (AIT) Accident vasculaire cérébral Maladie vasculaire périphérique Enfllement des chevilles Caillot sanguin | <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> |
| <p>E) Foie, estomac, vessie, reins et système reproducteur</p> <ul style="list-style-type: none"> Hépatite Porteur de l'hépatite Cirrhose Jaunisse Ulcère Côlon irritable Maladie de Crohn Tout autre problème ou trouble de : Estomac Pancréas Foie Veuillez spécifier : | <ul style="list-style-type: none"> Colite Diverticulite Saignements du rectum Diarrhée chronique Sang dans les selles Vésicule biliaire Pancréatite Intestins Reins Vessie ou uretères | <ul style="list-style-type: none"> Maladie des reins, pierres aux reins ou néphrite Sang, protéines ou sucre dans l'urine Prostatite Infection transmissible sexuellement Test Pap anormal Prostate ou organes reproducteurs de l'homme Utérus, ovaires ou col utérin | <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> |
| <p>F) Seins (homme ou femme)</p> <ul style="list-style-type: none"> Biopsie, mammographie ou échographie mammaire anormale Tout autre changement ou anomalie des seins : | <ul style="list-style-type: none"> Maladie fibrokystique Kystes ou bosses | | <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> |
| <p>G) Systèmes sanguin, endocrinien et glandulaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Anomalies de la thyroïde, de l'hypophyse, des glandes lymphatiques ou surrénales Goitre Diabète Tout autre problème ou trouble sanguin ou glandulaire : | <ul style="list-style-type: none"> Glycémie anormale Anémie | <ul style="list-style-type: none"> Trouble de saignement Hémophilie | <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> |
| <p>H) Toute blessure ou tout trouble lié au système musculo-squelettique</p> <ul style="list-style-type: none"> Rhumatisme Goutte Polyarthrite rhumatoïde Arthrose ou tout autre type d'arthrite Tout autre trouble ou problème lié aux muscles, aux articulations, aux os ou à la colonne vertébrale : | <ul style="list-style-type: none"> Fibromyalgie Fatigue chronique Douleur chronique Lupus érythémateux disséminé ou toute forme de lupus | <ul style="list-style-type: none"> Dystrophie musculaire Paralysie Amputation | <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> |
| <p>I) Cancer et troubles dermatologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Tumeur Polype Kyste ou bosses Grossissement des ganglions lymphatiques Toute autre forme d'affection ou de croissance maligne : | <ul style="list-style-type: none"> Syndrome du naevus dysplasique Nævus ou lésions de forme irrégulière qui ont changé d'apparence | <ul style="list-style-type: none"> Carcinome basocellulaire Mélanome malin | <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> |
| <p>J) Troubles immunologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Tout trouble immunologique, y compris le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) Avez-vous déjà passé un test pour le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), ou vous a-t-on recommandé de le faire? Toute infection inexpliquée | | | <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> |

2.3 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

Suivez-vous présentement des traitements ou prenez-vous des médicaments phytothérapeutiques, holistiques ou sur ordonnance? oui non
Si « oui », veuillez indiquer le nom, la posologie et la raison à la section 2.7.

2.4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails, **y compris les dates**, à la section 2.7.

A) Au cours des 10 dernières années, avez-vous déjà fait usage de :

- | | | |
|-------------|------------------|--|
| • Cocaïne | • Hachisch | • Narcotiques |
| • Héroïne | • Excitants | • Barbituriques |
| • LSD | • Hallucinogènes | • Tranquillisants, médicaments similaires ou médicaments non prescrits |
| • Marijuana | • Amphétamines | |

oui non

B) Consommez-vous des boissons alcoolisées? Si « oui », veuillez préciser ci-dessous :

oui non

| | | |
|---|---|---|
| _____ bouteille(s) de bière par | _____ verre(s) de vin par | _____ oz/ml d'alcool par |
| <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> semaine <input type="radio"/> mois | <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> semaine <input type="radio"/> mois | <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> semaine <input type="radio"/> mois |

C) Avez-vous déjà décidé ou vous a-t-on déjà recommandé de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues ou avez-vous déjà subi un traitement ou adhéré à un organisme en raison de votre consommation d'alcool ou de drogues ou avez-vous déjà été condamné pour conduite avec facultés affaiblies ou conduite « au-delà de la limite légale » prévue à l'article 253 a) ou b) du Code criminel du Canada?

oui non

Si « oui », veuillez indiquer les dates du traitement et les dates de la condamnation à la section 2.7.

D) Au cours des 10 dernières années, avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies, de conduite imprudente ou dangereuse, ou a-t-on déjà suspendu votre permis de conduire?

oui non

Si « oui », veuillez fournir les détails, y compris le type d'infraction et les dates, à la section 2.7.

E) Avez-vous eu d'autres infractions aux règlements de la circulation dans les 3 dernières années?

oui non

Si « oui », veuillez fournir les détails, y compris le type et les dates, à la section 2.7.

F) Au cours des 15 dernières années, avez-vous utilisé des produits du tabac, nicotine ou non nicotine tels que: cigarettes, cigarillos, pipes, petits cigares, gros cigares, cigarettes électroniques, noix de bétel, timbre de nicotine, gomme de nicotine, tabac à chiquer, à priser ou tout autre forme de produits du tabac? Si « oui », veuillez fournir les détails ci-dessous.

oui non

| Type | Quantité | Fréquence (jour, semaine, mois, année) | Date dernière utilisation (ou à l'intérieur de 1, 2 ou 15 ans) | Usage unique? Veuillez fournir la date : |
|------|----------|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2.5 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 2.6.

A) Au cours des 5 dernières années, avez-vous été blessé ou malade, opéré, hospitalisé, testé ou traité pour toute condition qui n'est pas mentionnée ci-dessus?

oui non

B) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu, ou vous a-t-on conseillé d'avoir, une consultation, un examen médical ou un test diagnostique, notamment une imagerie par résonance magnétique (IRM), un tomodensitogramme, un électrocardiogramme, une radiographie ou une analyse sanguine?

oui non

C) Avez-vous constaté, ou vous plaignez-vous de, tout symptôme concernant votre santé pour lequel vous n'avez pas encore consulté un médecin?

oui non

D) Avez-vous déjà été invalide ou reçu des prestations de revenu d'invalidité?

oui non

E) Si vous êtes âgée de 50 ans et moins, êtes-vous actuellement enceinte? Si « oui », veuillez fournir des détails concernant toute complication à la section 2.6.

oui non

2.6 Répondez aux questions suivantes si l'assuré est âgé de 75 ans ou plus. Sinon, passez à la section 2.7.

Avez-vous eu dans les 5 dernières années, ou avez-vous actuellement :

a) besoin de services à domicile, comme un préposé aux services de soutien à la personne, ou avez-vous résidé dans un foyer pour personnes âgées, un centre d'hébergement, un autre établissement ou vous a-t-on recommandé de recevoir ce type de soins?

oui non

b) une incapacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne, telles que prendre un bain, s'habiller, faire sa toilette, manger, passer du lit à une chaise ou contrôler les fonctions urinaires et intestinales?

oui non

c) eu besoin d'équipement médical comme une marchette, un fauteuil roulant, une canne, une bombonne d'oxygène ou tout autre équipement?

oui non

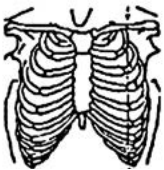
d) Avez-vous subi une chute ou une blessure au cours de la dernière année?

oui non

EXAMEN MÉDICAL (suite)

| | |
|------------------------|----------------------------|
| Nom de l'assuré | Numéro de la police |
|------------------------|----------------------------|

À être rempli par l'examinateur

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--|------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|------------|------------------|-----------------------|--|---|---|--|---|--|---|--------------------------|---|---|---|--|---|---|---|--|---|
| <p>1. Taille <input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm Poids <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg</p> <p>Poitrine (hommes seulement) <input type="radio"/> in <input type="radio"/> cm Abdomen (hommes seulement) <input type="radio"/> po <input type="radio"/> cm</p> <p>Avez-vous pesé cette personne? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Avez-vous mesuré cette personne? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Y a-t-il eu un changement de poids prononcé durant les 12 derniers mois? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>2. Tension artérielle (assis – sans exercice) :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Systolique</td> <td style="width: 20%;">1^e prise :</td> <td style="width: 20%;">2^e prise :</td> <td style="width: 20%;">3^e prise :</td> </tr> <tr> <td>Diastolique</td> <td>1^e prise :</td> <td>2^e prise :</td> <td>3^e prise :</td> </tr> </table> <p>Recommencez après 15 minutes si la 1^e prise est supérieure à 140/90 (il faut inscrire toutes les prises)</p> <p>3. Pouls</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 20%;">Au repos :</td> <td style="width: 20%;">Après exercice :</td> <td style="width: 20%;">3 minutes plus tard :</td> </tr> <tr> <td>Irrégularités par minute</td> <td>Au repos :</td> <td>Après exercice :</td> <td>3 minutes plus tard :</td> </tr> </table> <p>4. <input type="radio"/> Échantillon envoyé au laboratoire de Dynacare</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px 0;"> VEUILLEZ PLACER L'AUTOCOLLANT AVEC LE CODE BARRE DU LABORATOIRE ICI </div> <p>Femmes seulement : Y a-t-il une indication que l'assurée proposée est menstruée? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>5. Si l'assuré est âgé de 70 ans ou plus, veuillez répondre aux questions suivantes :</p> <p>a. Cette personne semble-t-elle vive d'esprit? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non b. Semble-t-elle dépressive? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non c. A-t-elle besoin de l'aide d'une autre personne pour répondre aux questions? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non d. A-t-elle de la difficulté à marcher? A-t-elle fait une chute au cours de la dernière année? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Commentaires :</p> | Systolique | 1 ^e prise : | 2 ^e prise : | 3 ^e prise : | Diastolique | 1 ^e prise : | 2 ^e prise : | 3 ^e prise : | | Au repos : | Après exercice : | 3 minutes plus tard : | Irrégularités par minute | Au repos : | Après exercice : | 3 minutes plus tard : | <p>7. Coeur : Y a-t-il :</p> <p>Hypertrophie <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Dyspnée <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Souffle(s) <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Oedème <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>(veuillez décrire ci-dessous – si plus d'un, veuillez décrire séparément)</p> <p>Constant <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Transmis <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Systolique <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Présystolique <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Diastolique <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Après exercice : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Augmenté <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Indiquez :</p> <p>Pointe, par 6</p> <p>Région des souffles, par <input checked="" type="radio"/></p> <p>Point de l'intensité maximum, par <input checked="" type="radio"/></p> <p>Transmission, par →</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div> <p>8. À l'examen, avez-vous constaté les anomalies suivantes : (Veuillez encercler ce qui s'applique et préciser)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">a. Yeux, oreilles, nez, bouche, pharynx? (Si la vue ou l'ouïe sont nettement affaiblies, veuillez en indiquer le degré et la correction.)</td> <td style="width: 20%; text-align: right;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> <tr> <td>b. Peau, ganglions lymphatiques, varices ou artères périphériques?</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> <tr> <td>c. Système nerveux (y compris réflexes, démarche, paralysie des mouvements volontaires)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> <tr> <td>d. Système respiratoire?</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> <tr> <td>e. Abdomen (y compris cicatrices et hernies)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> <tr> <td>f. Système génito-urinaire (y compris prostate)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> <tr> <td>g. Système endocrinien (y compris thyroïde et seins)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> <tr> <td>h. Système musculo-squelettique (y compris colonne vertébrale, articulations, amputations, difformités)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> </table> <p>9. a Êtes-vous au courant d'autres antécédents médicaux? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>b Êtes-vous au courant d'un abus d'alcool, de cigarettes ou de drogues? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>c Les antécédents médicaux et les résultats du présent examen seront-ils envoyés à une autre compagnie? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> | a. Yeux, oreilles, nez, bouche, pharynx? (Si la vue ou l'ouïe sont nettement affaiblies, veuillez en indiquer le degré et la correction.) | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | b. Peau, ganglions lymphatiques, varices ou artères périphériques? | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | c. Système nerveux (y compris réflexes, démarche, paralysie des mouvements volontaires)? | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | d. Système respiratoire? | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | e. Abdomen (y compris cicatrices et hernies)? | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | f. Système génito-urinaire (y compris prostate)? | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | g. Système endocrinien (y compris thyroïde et seins)? | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | h. Système musculo-squelettique (y compris colonne vertébrale, articulations, amputations, difformités)? | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Systolique | 1 ^e prise : | 2 ^e prise : | 3 ^e prise : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diastolique | 1 ^e prise : | 2 ^e prise : | 3 ^e prise : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Au repos : | Après exercice : | 3 minutes plus tard : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Irrégularités par minute | Au repos : | Après exercice : | 3 minutes plus tard : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a. Yeux, oreilles, nez, bouche, pharynx? (Si la vue ou l'ouïe sont nettement affaiblies, veuillez en indiquer le degré et la correction.) | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b. Peau, ganglions lymphatiques, varices ou artères périphériques? | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c. Système nerveux (y compris réflexes, démarche, paralysie des mouvements volontaires)? | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d. Système respiratoire? | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e. Abdomen (y compris cicatrices et hernies)? | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f. Système génito-urinaire (y compris prostate)? | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g. Système endocrinien (y compris thyroïde et seins)? | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h. Système musculo-squelettique (y compris colonne vertébrale, articulations, amputations, difformités)? | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Signature de la personne qui a effectué l'examen</p> <p>X</p> <p>Nom de l'établissement paramédical, ville et province</p> | <p>Nom de la personne qui a effectué l'examen (en lettres moulées)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ce rapport d'examen doit être envoyé dans une enveloppe scellée à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, Kingston, Ontario. Les honoraires sont payés par chèque par le siège social. Veuillez ne pas accepter de paiement d'autres sources.