



Division assurances collectives
200, rue Main, bureau 400, Winnipeg, MB R3C 1A8 1-800-665-7076

IDENTIFICATION

Titulaire de police:		N° de groupe
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nom de l'employé(e)		N° de certificat
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Prénom		Nom de famille
1. a) Quelle est la date d'apparition des premiers symptômes ou des premières crises de la maladie cardiovasculaire ? Quels étaient ces symptômes ?		
b) Quand votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois à l'égard de cette affection ?		
c) Depuis combien de temps est-il votre patient ?		
2. Veuillez fournir les résultats de l'angiographie préopératoire ou joindre une copie du rapport.		
3. Veuillez joindre une copie de tout rapport opératoire disponible ou fournir les renseignements demandés sur le pontage aortocoronarien :		
a) Date de l'opération		
b) Artères sur lesquelles le pontage a été effectué ?		
c) Le nom et l'adresse de l'hôpital et le nom du chirurgien.		
d) Le nom et l'adresse du cardiologue qui a recommandé le pontage aortocoronarien.		
4. Veuillez donner le nom et l'adresse des autres médecins que votre patient a consultés ou des hôpitaux où il a été hospitalisé à l'égard de cette maladie ou de tout trouble connexe.		

