

Formulaire du Médecin du Plan d'indemnisation des réclamants pancanadiens (PCC)

INSTRUCTIONS À L'INTENTION DU RÉCLAMANT

Avant d'utiliser ce Formulaire du Médecin — Veuillez lire attentivement

Vous **n'avez pas** besoin d'utiliser ce Formulaire si vous possédez l'un des documents suivants :

- (i) (Pour le cancer du poumon ou le cancer de la gorge : une copie d'un rapport de pathologie confirmant le diagnostic de cancer primaire du poumon ou de carcinome épidermoïde primaire du larynx, de l'oropharynx ou de l'hypopharynx (cancer de la gorge), entre le 8 mars 2015 et le 8 mars 2019 (inclusivement) ;
- (ii) Pour l'emphysème ou la MPOC (Stade GOLD III ou IV) : une copie d'un rapport de test de spirométrie effectué sur la victime du tabac entre le 8 mars 2015 et le 8 mars 2019 (inclusivement) démontrant pour la première fois un VEMS (non réversible) inférieur à 50 % de la valeur prédite, établissant ainsi un diagnostic d'emphysème ou de MPOC (Stade GOLD III ou IV) ; ou
- (iii) Une copie d'un extrait du dossier médical de la victime du tabac confirmant le diagnostic de cancer du poumon, de cancer de la gorge, d'emphysème ou de MPOC (stade III ou IV selon la classification GOLD), ainsi que la date du diagnostic entre le 8 mars 2015 et le 8 mars 2019 (inclusivement).

Si vous possédez l'un de ces documents, et qu'ils établissent le diagnostic, ainsi que la date du diagnostic, vous n'avez pas besoin de remplir ce formulaire. Ce formulaire ne doit être rempli que lorsque les dossiers médicaux requis ci-dessus ne peuvent être trouvés, ou s'ils n'établissent pas clairement le diagnostic ou la date du diagnostic entre le 8 mars 2015 et le 8 mars 2019 (inclusivement).

Date limite pour soumettre ce Formulaire du Médecin : Si vous utilisez ce Formulaire comme preuve du diagnostic et de la date du diagnostic entre le 8 mars 2015 et le 8 mars 2019 (inclusivement), vous devez soumettre ce Formulaire, accompagné du Formulaire de réclamation dûment rempli et de tous les documents justificatifs à l'Administrateur des réclamations en un seul envoi complet **au plus tard le 3 septembre 2027**, par l'une des méthodes suivantes :

Téléversement sécurisé en ligne : www.TobaccoClaimsCanada.ca

Par courriel : info@TobaccoClaimsCanada.ca

Par télécopieur : 1-866-262-0816

Par courrier recommandé :

Réclamations Canadiennes Relatives au Tabac
Administrateur des réclamations
CP 2958 SUCC B
Ottawa ON K1P 5W9

FORMULAIRE DU MÉDECIN

Les sections I et II doivent être remplies **UNIQUEMENT** par la victime du tabac ou son représentant légal avant de remettre ce formulaire au médecin.

Section I : Renseignements concernant la victime du tabac

(À remplir par la victime du tabac ou son représentant légal)

1. Prénom de la victime du tabac : _____
2. Deuxième prénom de la victime du tabac (le cas échéant) : _____
3. Nom de famille de la victime du tabac : _____
4. Date de naissance de la victime du tabac : _____
5. Numéro d'assurance maladie provincial de la victime du tabac : _____

Section II : Autorisation de divulguer des renseignements médicaux

(À remplir par la victime du tabac ou son représentant légal)

Je comprends que ce Formulaire du Médecin est rempli par un médecin autorisé afin de soutenir une réclamation dans le cadre du Plan d'indemnisation des réclamants pancanadiens (PCC).

J'autorise le médecin qui remplit ce Formulaire à divulguer des renseignements médicaux personnels concernant la victime du tabac, y compris l'historique clinique et/ou le diagnostic, directement dans ce Formulaire du Médecin.

J'autorise en outre l'Agent des PCC à communiquer avec mon médecin **uniquement dans des circonstances limitées et uniquement lorsque cela est nécessaire** dans le seul but d'obtenir des précisions ou de vérifier les renseignements **déjà fournis** dans ce formulaire médical.

Cette autorisation est accordée uniquement dans le but de soutenir la réclamation et ne sera utilisée à aucune autre fin.

- Je suis la victime du tabac ;
- Je suis le représentant légal de la victime du tabac, autorisé à agir en son nom.

Signature : _____ (Victime du tabac ou représentant légal)

Nom (en lettres moulées) : _____

Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Les sections III à V doivent être remplies et signées **UNIQUEMENT** par un médecin autorisé. Veuillez remplir ce formulaire pour aider votre patient à présenter une réclamation dans le cadre du Plan d'indemnisation des PCC.

Section III : Diagnostic de la maladie

(À remplir par le médecin autorisé)

Pour chaque diagnostic ci-dessous, il existe des documents justificatifs **priviliégiés** pour ce diagnostic. Si le document privilégié **n'est pas disponible**, vous pouvez plutôt joindre un autre type de document médical, à condition qu'il établisse à la fois le diagnostic et la date du diagnostic.

Les autres types de documents médicaux peuvent inclure les suivants :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Extrait du dossier médical | <input type="checkbox"/> Rapport opératoire | <input type="checkbox"/> Rapport de biopsie |
| <input type="checkbox"/> Rapport d'IRM | <input type="checkbox"/> Rapport de TEP | <input type="checkbox"/> Rapport de tomographie |
| <input type="checkbox"/> Rapport de pathologie | <input type="checkbox"/> Rapport de radiographie | <input type="checkbox"/> Rapport de cytologie des expectorations |

Veillez joindre les documents médicaux demandés pour vérifier le diagnostic et la date du diagnostic. La demande de documents pour confirmer le diagnostic concerne uniquement les dossiers cliniques existants. Elle ne vise pas à vous demander, à vous ou à d'autres médecins, de préparer un nouveau rapport médical.

1. La victime du tabac a-t-elle reçu un diagnostic de cancer du poumon primaire, de cancer de la gorge (carcinome épidermoïde primaire du larynx, de l'oropharynx ou de l'hypopharynx), d'Emphysème ou de MPOC (Stade GOLD III ou IV) entre **le 8 mars 2015 et le 8 mars 2019 (inclusivement)** ?

Sélectionnez et fournissez la date du diagnostic et les rapports pertinents pour tous les diagnostics qui s'appliquent :

Cancer du poumon primaire

- Date du diagnostic (*entre le 8 mars 2015 et le 8 mars 2019*)

(AAAA/MM/JJ)

- Document à l'appui privilégié :
 - Rapport de pathologie
 - Rapport de cytologie des expectorations
- Autres documents (lorsque le document privilégié n'est pas disponible) :

Cancer de la gorge (carcinome épidermoïde primaire au larynx, de l'oropharynx ou de l'hypopharynx)

- Date du diagnostic (*entre le 8 mars 2015 et le 8 mars 2019*)

(AAAA/MM/JJ)

- Document à l'appui privilégié :
 - Rapport de pathologie
- Autres documents (lorsque le document privilégié n'est pas disponible) :

Emphysème

- Date du diagnostic (*entre le 8 mars 2015 et le 8 mars 2019*)

(AAAA/MM/JJ)

- Document à l'appui privilégié :
 - Rapport de radiographie
 - Rapport de tomодensitométrie
 - Autres documents (lorsque le document privilégié n'est pas disponible) :
-

MPOC (Stade GOLD III ou IV)

- Date du diagnostic (*entre le 8 mars 2015 et le 8 mars 2019*)
-

(AAAA/MM/JJ)

- Document à l'appui privilégié :
 - Rapport de spirométrie (démontrant une limitation du débit de l'air conforme au stade III ou IV selon la classification GOLD)
 - Autres documents (lorsque le document privilégié n'est pas disponible) :
-

Le système de classification des grades GOLD

La gravité de la MPOC est classée selon le système de classification spirométrique de l'Initiative mondiale pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques (GOLD). Les critères d'évaluation complets et les directives cliniques sont publiés dans le rapport GOLD et le guide de poche qui l'accompagne (en anglais seulement). Ces documents peuvent être consultés en visitant le site Web officiel de GOLD (<https://goldcopd.org>) et en téléchargeant la plus récente version du rapport GOLD et du guide de poche.

Commentaires du médecin (facultatif) :

Section IV : Antécédents tabagiques

(À remplir par le médecin autorisé)

Veillez répondre à la question suivante en vous basant sur les renseignements contenus dans les dossiers cliniques que vous avez consultés. Il ne s'agit pas d'une demande visant à obtenir des informations directement auprès de la victime du tabac ou du réclamant, ni d'une demande d'examen exhaustif des dossiers médicaux de la victime du tabac. La victime du tabac ou le réclamant doit répondre aux questions concernant les antécédents tabagiques dans un Formulaire de réclamation distinct qu'il soumettra à l'Administrateur des réclamations. Si cette information n'est pas facilement accessible, cochez « Je ne sais pas ».

1. À votre connaissance, selon les renseignements dont vous disposez, la victime du tabac fume-t-elle ou a-t-elle déjà fumé des cigarettes ?
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

Section V : Attestation du médecin

(À remplir par le médecin autorisé)

Je certifie que les renseignements fournis dans ce Formulaire du Médecin sont exacts et véridiques, à ma connaissance et selon les informations dont je dispose.

Je comprends que l'Agent des PCC peut communiquer avec moi pour obtenir des précisions ou vérifier les renseignements fournis dans ce formulaire du médecin.

1. Veuillez indiquer le nom et les coordonnées du médecin **OU** utiliser le tampon du praticien :

| | |
|---|-----------------------------------|
| <p>Nom complet du médecin : _____</p> <p>Numéro de permis : _____</p> <p>Adresse du médecin : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Téléphone professionnel : _____</p> <p>Adresse courriel professionnelle : _____</p> | <p>Tampon du praticien</p> |
|---|-----------------------------------|

Date de la signature (AAAA/MM/JJ)

Signature du médecin