

Formulaire du Médecin
du Plan d'indemnisation des réclamants
pancanadiens (PCC) québécois
INSTRUCTIONS À L'INTENTION DU RÉCLAMANT
Avant d'utiliser ce Formulaire du Médecin -
Veuillez lire attentivement

Ne soumettez pas de documentation prouvant le diagnostic à moins qu'il vous ait été explicitement demandé par l'entremise d'un Avis de la part de l'Administrateur des réclamations intitulé « **Avis de fournir une preuve alternative** ».

Vous n'avez pas besoin du présent 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 du cancer du poumon primaire ou du 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)** ; ou
- (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 et la date du diagnostic **entre le 8 mars 2015 et le 8 mars 2019 (inclusivement)**.

Si vous possédez l'un des documents mentionnés ci-dessus, vous n'avez pas besoin de remplir ce Formulaire. Ce Formulaire est destiné à être utilisé uniquement lorsque les dossiers médicaux requis ci-dessus ne peuvent pas être retrouvés.

Date limite pour soumettre ce Formulaire du Médecin : Si vous utilisez ce Formulaire comme preuve alternative de diagnostic et de date de diagnostic **entre le 8 mars 2015 et le 8 mars 2019 inclusivement**, vous devez soumettre ce Formulaire et la documentation justificative à l'Administrateur des réclamations ensemble **avant la date limite inscrite sur l'Avis de fournir une preuve alternative** par l'entremise d'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

La victime du tabac ou leur représentant légal doit remplir les Sections I et II avant de remettre ce Formulaire du Médecin au médecin. Les Sections III à VI doivent être remplis et signés par un médecin autorisé.

Section I : Renseignements concernant la victime du tabac

(À remplir et à signer 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 provinciale de la victime du tabac : _____

Section II : Autorisation de divulguer des renseignements médicaux

(À remplir et à signer 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. 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 : _____

Section III : Nom et coordonnées du médecin

(À remplir et à signer par un médecin autorisé)

1. Nom complet du médecin : _____

2. Adresse du médecin : _____

Téléphone professionnel : _____

Adresse courriel professionnelle : _____

3. Langue de correspondance préférée :

Anglais

Français

Section IV : Diagnostic de la maladie

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) ?

Veillez cocher et indiquer la date du diagnostic pour chaque cas applicable ;

Cancer du poumon primaire

Date du diagnostic

(JJ/MM/AAAA)

Cancer de la gorge (Carcinome épidermoïde primaire du larynx, de l'oropharynx ou de l'hypopharynx)

Date du diagnostic

(JJ/MM/AAAA)

Emphysème ou MPOC (Stade GOLD III ou IV)

Date du diagnostic

(JJ/MM/AAAA)

2. Veuillez joindre **au moins un** des documents suivants qui confirment le diagnostic mentionné ci-dessus ainsi que la date du diagnostic :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rapport de pathologie | <input type="checkbox"/> Rapport de biopsie | <input type="checkbox"/> Rapport d'IRM |
| <input type="checkbox"/> Rapport opératoire | <input type="checkbox"/> Rapport de tomodensitométrie | <input type="checkbox"/> Rapport de TEP |
| <input type="checkbox"/> Rapport de radiographie | <input type="checkbox"/> Rapport de cytologie des expectorations | <input type="checkbox"/> Rapport de spirométrie |
| <input type="checkbox"/> Extrait du dossier médical | Tout autre document ou preuve médicale établissant le diagnostic et la date du diagnostic (veuillez indiquer les documents joints) : _____ | |
-

Veuillez joindre les documents médicaux demandés pour confirmer le diagnostic. La demande de documentation visant à confirmer le diagnostic concerne uniquement les dossiers cliniques existants. Il ne s'agit pas d'une demande de rapport à rédiger par vous ou par d'autres médecins à ce stade.

Section V : Antécédents tabagiques

Veuillez 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 VI : Attestation du médecin

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.

Date de la signature

Signature du médecin