



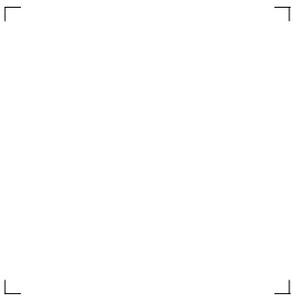
Rapport Médical: Section A - EDE/EFE

CATÉGORIE DES ÉPOUX OU CONJOINTS DE FAIT AU CANADA

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION
CENTRE DE TRAITEMENT DES DEMANDES - VEGREVILLE
Numéro de série du SSE :
Code client du SSOBL :

PARTIE 1 - Vous devez remplir cette partie. Écrivez lisiblement en lettres moulées.

Identification du client et sommaire

Nom de famille: (indiquez les alias entre parenthèses)				Prénoms			
Sexe	Date de naissance Jour Mois Année		Pays de naissance		Destination canadienne prévue		 PHOTO Obligatoire pour tous les requérants. Doit être prise dans les six mois précédant l'examen médical.
Adresse postale (si d'autres renseignements médicaux sont requis)				Lien avec le répondant			
				<input type="checkbox"/> Époux (épouse) ou conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Enfant à charge			
Adresse/personne contact au Canada (nom/adresse complète et numéro de téléphone)							

PARTIE 2 - Doit être remplie par le medecin désigné

SOMMAIRE ET DÉCLARATION DU MÉDECIN D'APRÈS LES ANTÉCÉDENTS ET L'EXAMEN PHYSIQUE

✓ **cochez TOUS les éléments appropriés**

- A. Examen normal ou affections mineures** qui, normalement, répondent bien à un traitement de courte durée assuré à titre externe. AUCUNE CHIRURGIE IMMÉDIATE REQUISE. Le requérant peut être suivi par un généraliste et il aura des besoins minimaux d'hospitalisation ou de services sociaux. AUCUNE TUBERCULOSE ACTIVE NI COMPORTEMENT DANGEREUX. (p. ex. ENFANTS NORMAUX, diabète et/ou hypertension contrôlés non accompagnés de lésions significatives des organes cibles, cataractes ne nécessitant pas une chirurgie immédiate, troubles psychiatriques qui sont bien contrôlés et où le requérant est apte au travail et demeurera vraisemblablement autonome, etc.).
- B. Affections qui nécessitent un suivi périodique par un spécialiste**, mais qui peuvent normalement être soignées sans hospitalisations répétées ou utilisation des services sociaux (p. ex. cardiopathie congénitale ou rhumatismale totalement asymptomatique où le besoin d'hospitalisation et/ou d'intervention chirurgicale semble très improbable au cours des 10 prochaines années, polyarthrite rhumatoïde bien contrôlée ayant une incidence fonctionnelle minimale, etc.). Le requérant devrait pouvoir fonctionner de façon indépendante et être autonome (aucun besoin prévu de soins à domicile ou en maison de soins pour patients chroniques). Aucune évidence d'arriération mentale ou de retard de développement. AUCUNE TUBERCULOSE ACTIVE NI COMPORTEMENT DANGEREUX. Tout au plus une hospitalisation mineure est plausible.
- C. Affections qui nécessitent une investigation plus approfondie ou des soins spécialisés. Requérant chez qui:**
- 1) Une SURVEILLANCE ET DES SOINS À DOMICILE/EN ÉTABLISSEMENT sont nécessaires;
 - 2) Des HOSPITALISATIONS MAJEURES OU RÉPÉTÉES (en particulier pour des interventions comportant le remplacement d'une articulation, une transplantation, une chirurgie cardiaque, des soins prodigués par un sous-spécialiste etc.) sont probables;
 - 3) L'utilisation répétée à titre externe d'INSTALLATIONS HOSPITALIÈRES SPÉCIALISÉES comme les services de DIALYSE ou les services spécialisés dans le traitement du CANCER est nécessaire;
 - 4) Des SERVICES SOCIAUX intermittents/continus ou une FORMATION PÉDAGOGIQUE/PROFESSIONNELLE SPÉCIALISÉE sont nécessaires;
 - 5) Une DÉTÉRIORATION semble probable;
 - 6) L'acquisition normale ou le maintien de l'AUTONOMIE SEMBLE DOUTEUX;
 - 7) Une TUBERCULOSE ACTIVE semble présente (ou une maladie infectieuse grave et facilement transmissible);
 - 8) Le COMPORTEMENT semble poser un DANGER POTENTIEL pour autrui (p. ex. troubles psychiatriques ou consommation abusive de drogues illicites ou d'alcool au cours des deux dernières années, en particulier s'il y a eu conduite avec facultés affaiblies ou des ennuis avec la loi).
- EXEMPLES :** démence et troubles psychiatriques causant une angoisse cliniquement significative ou qui rendent déficiente l'aptitude du requérant à fonctionner socialement, professionnellement ou dans d'autres sphères d'activité importantes; insuffisance rénale; néphropathie diabétique ou patient déjà sous dialyse rénale ou ayant une affection rénale avec risque de détérioration; cardiopathie symptomatique de toute étiologie ou maladie vasculaire périphérique symptomatique ou déficience fonctionnelle causée par un accident cérébro-vasculaire etc.; parkinsonisme; sclérose en plaques ou troubles génétiques/héréditaires susceptibles de causer un déficit fonctionnel; suivi de maladies néoplasiques; infections chroniques ou affections auto-immunes ou dégénératives avec complications nécessitant un traitement à long terme.
- D. Autres affections/troubles** difficiles à catégoriser, OU lorsqu'il y a une insuffisance d'informations médicales.

DÉCLARATION : Je déclare que j'ai confirmé l'identité du requérant, l'ai examiné et que ce compte rendu de mes constatations est exact.			
Nom et adresse au complet et numéro de téléphone du médecin (L'ÉTAMPE DU BUREAU PEUT ÊTRE UTILISÉE)			Signature
			Date
			Jour Mois Année
Lien de l'examen			