

Centre des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990)

C. P. 2370, succursale D
Ottawa (Ontario) K1P 5W5
Canada
Tél. : 1 877 434-0944
www.hepc8690.ca

ORF
P-HCV\$F-ORF/1

Formulaire d'enquête sur les autres facteurs de risque
Strictement privé et confidentiel

**LE RÉCLAMANT DOIT APOSER ICI
UNE DES ÉTIQUETTES
PRÉIMPRIMÉES FOURNIES**

*S'il n'y a pas d'étiquettes, téléphonez au numéro
1 877 434-0944 pour obtenir des renseignements.

CORRECTIONS SEULEMENT

Inscrivez ci-dessous toutes corrections au sujet du nom, de
l'adresse et du numéro de téléphone s'il y a lieu.

**Veillez retourner ce formulaire dès qu'il sera rempli et signé ainsi que toute autre documentation
d'appui pertinente.**

Nom du réclamant : _____ N° de réclamation : _____

Date du diagnostic de l'infection au VHC : _____
(Veillez joindre le rapport de laboratoire confirmant la date du diagnostic)

<input type="checkbox"/>	Autres traumatismes ou chirurgies Description du/des traumatisme(s) : _____ Date du/des traumatisme(s) : _____ <input type="checkbox"/> Chirurgie Date(s) : _____ <input type="checkbox"/> Transfusion(s) sanguine(s) Date(s) : _____ Nom de l'hôpital : _____ <input type="checkbox"/> Dossiers médicaux ci-joints <input type="checkbox"/> Dossiers de transfusions ci-joints } Si les dossiers hospitaliers ne sont pas disponibles, l'Administrateur doit recevoir la documentation du réclamant ou de l'hôpital confirmant la non- disponibilité des dossiers.
<input type="checkbox"/>	Tatouages Nombre de tatouage(s) : _____ Date(s) : _____ Endroit : À domicile <input type="checkbox"/> Salon de tatouage <input type="checkbox"/> Nom et adresse du salon de tatouage : _____
<input type="checkbox"/>	Perçage du corps (sauf les oreilles) Partie(s) du corps : _____ Nombre de perçage(s) : _____ Date(s) du/des perçage(s) : _____ Endroit : À domicile <input type="checkbox"/> Boutique <input type="checkbox"/> Nom et adresse de la boutique : _____

<input type="checkbox"/>	Utilisation de drogues par voie intra-nasale
	Drogue(s) utilisée(s) : _____
	Date(s) : _____
	Décrivez le dispositif intra-nasale utilisé : _____
	Fréquence :
	1 fois <input type="checkbox"/> Plus d'une fois <input type="checkbox"/> Plus de 5 fois <input type="checkbox"/> Plus de 25 fois <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Utilisation de drogues sans ordonnance par voie intraveineuse
	Décrivez la / les drogue(s) : _____
	Durée : _____ Est-ce que vous avez partagé des aiguilles? _____
	Fréquence :
	1 fois <input type="checkbox"/> Plus d'une fois <input type="checkbox"/> Plus de 5 fois <input type="checkbox"/> Plus de 10 fois <input type="checkbox"/> Plus de 30 fois <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Prison / Incarcération
	À compter de : _____ Date de libération : _____
	Nom et adresse de l'institution : _____
	Raison : _____
	Médecin/infirmière à la prison : _____
<input type="checkbox"/>	Traitement de dialyse
	Hémodialyse <input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale <input type="checkbox"/>
	Date des traitements de dialyse : _____
	Endroit : À l'hôpital <input type="checkbox"/> En clinique <input type="checkbox"/> À domicile <input type="checkbox"/>
Attestation	
<p>J'atteste que les réponses données ci-dessus sont vraies et exactes. Je ne fais pas de réclamations fausses ou exagérées en vue d'obtenir des indemnisations auxquelles je n'ai pas droit.</p> <p>Je comprends que si je fournis des renseignements faux ou trompeurs, l'Administrateur sera en droit de réévaluer les indemnisations futures qui me seront dues, si ce dernier juge que de tels renseignements étaient importants. Un nouvel examen pourrait signifier un remboursement des indemnisations m'ayant déjà été versées.</p> <p>Signature : _____ Date de la signature : _____</p> <p>Signature du témoin : _____ Témoin : _____ (Nom du témoin en lettres moulés)</p>	