



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

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

S'il n'a pas les étiquettes, on lui demande de téléphoner au
numéro 1-877-434-0944 pour obtenir des renseignements.

Instructions : Les questions sur les facteurs de risque auxquelles vous devez répondre sont spécifiquement indiquées dans la case de la marge gauche. Veuillez retourner ce formulaire dès qu'il sera rempli et signé ainsi que toute autre documentation d'appui pertinente.

Demandeur : _____ no. de réclamation : _____

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

<input type="checkbox"/>	Autres chirurgies ou traumatismes Description de l'incident : _____ Date de l'incident : _____ Chirurgie <input type="checkbox"/> Date(s) : _____ Transfusion(s) sanguine(s) <input type="checkbox"/> Date(s) : _____ Hôpital : _____ Dossiers médicaux joints <input type="checkbox"/> } Si l'hôpital ne peut pas fournir les dossiers, demandez-lui d'écrire Dossiers /transfusions joints <input type="checkbox"/> } une lettre qui confirme cette situation
<input type="checkbox"/>	Tatouages Combien : _____ Date(s) : _____ À la maison <input type="checkbox"/> Dans un salon de tatouage <input type="checkbox"/> indiquer le nom et l'endroit _____
<input type="checkbox"/>	Perçage du corps (sauf les oreilles) Partie(s) du corps : _____ Combien : _____ Date(s) du perçage : _____ À la maison <input type="checkbox"/> Dans une boutique <input type="checkbox"/> inclure le nom et l'endroit : _____



<input type="checkbox"/>	Utilisation de drogues par voie intra-nasale
	Drogue (s) utilisées : _____
	Date(s) : _____
	Décrivez le dispositif pour utilisation intra-nasale : _____
	Une fois <input type="checkbox"/> Plus de X1 <input type="checkbox"/> Plus de X5 <input type="checkbox"/> Plus de X25 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Utilisation de drogues sans ordonnance par voie intraveineuse
	Décrivez la / les drogue(s) : _____
	Période de temps : _____ Est-ce que vous avez partagées des aiguilles? _____
	Une fois <input type="checkbox"/> Plus de X1 <input type="checkbox"/> Plus de X5 <input type="checkbox"/> Plus de X10 <input type="checkbox"/> Plus de X30 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Prison / Incarcération
	Date du début : _____ Date de libération : _____
	Institution et lieu : _____
	Raison : _____
	Médecin / infirmière à la prison : _____
<input type="checkbox"/>	Traitement de dialyse
	Hémodialyse <input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale <input type="checkbox"/>
	Nombre d'années en dialyse : _____
	À l'hôpital <input type="checkbox"/> Dans une clinique <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/>

Attestation de l'exactitude des renseignements fournis	
<ul style="list-style-type: none"> • J'atteste que les renseignements plus haut sont vrais et exacts. • Je ne fournis pas des réponses fausses ou trompeuses. • Je comprends que si je fournis des renseignements faux ou trompeurs, l'Administrateur sera en droit de réévaluer les indemnités futures qui me seront dues, si ce dernier juge que de tels renseignements étaient importants. Un nouvel examen pourrait signifier un remboursement des indemnités m'ayant déjà été versées. 	
Signature : _____	Date de la signature : _____
Témoïn : _____	
Veillez écrire votre nom ci-dessous en lettres moulées	