

ANNEXE F – FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU MÉDECIN

En remplissant le présent formulaire, vous pouvez prendre en considération les dossiers médicaux, les graphiques, les rapports, les films de diagnostic et les antécédents médicaux du patient ou d'autres sources auxquelles les médecins se fient de manière habituelle et régulière dans leur pratique. En signant le présent formulaire, vous attestez que l'ensemble des avis indiqués ci-après sont présentés selon un degré raisonnable de certitude médicale.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

_____	_____	_____
(Prénom)	(Initiale(s))	(Nom de famille)

(Adresse au bureau)		
_____	_____	_____
(Ville)	(Province)	(Code postal)
_____	_____	
(Indicatif régional et numéro de téléphone)	(Indicatif régional et numéro de télécopieur)	

Veillez cocher votre domaine de pratique :

- Chirurgien orthopédiste
- Cardiologue
- Neurologue
- Chirurgien cardio-thoracique
- Neurochirurgien
- Autre _____

Numéro d'inscription au Collège des médecins et des chirurgiens : _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Indiquez le nom et la date de naissance du patient pour qui vous donnez des renseignements au présent Formulaire de déclaration du médecin.

_____	_____	_____
(Prénom)	(Initiale(s))	(Nom de famille)

(Date de naissance) (jj/mm/aaaa)		

Êtes-vous l'un des médecins traitants du patient?

- Oui Non

Si vous avez coché « Oui », indiquez votre rôle dans les soins médicaux prodigués au patient et dans le traitement appliqué relativement à sa prothèse cupule Durom :

3. RENSEIGNEMENTS SUR LA PROTHÈSE

Indiquez les numéros de référence et de catalogue qui correspondent à la cupule prothétique Durom du patient (la « cupule Durom »)

Date de l'opération (droit) _____
(JJ/MM/AAAA)

Numéros de référence/catalogue de la prothèse _____
(si disponible)

Numéro de lot de la prothèse _____
(si disponible)

Date de l'opération (gauche) _____
(JJ/MM/AAAA)

Numéros de référence/catalogue de la prothèse _____
(si disponible)

4. PATIENT AYANT SUBI UNE CHIRURGIE DE REMPLACEMENT DE LA CUPULE

Le patient a-t-il reçu un diagnostic nécessitant une chirurgie de remplacement de la cupule pour remplacer la cupule Durom?

Oui Non

Si vous avez coché « Oui », veuillez répondre aux questions suivantes de la section 4. Si vous avez coché « Non », veuillez passer à la section 8.

Date du diagnostic : _____
(jj/mm/aaaa)

Une date a-t-elle été fixée pour la chirurgie de remplacement de la cupule? Oui Non

Si vous avez coché « Oui », veuillez indiquer la date à laquelle la date pour la chirurgie a été fixée:

(jj/mm/aaaa)

La chirurgie a-t-elle eu lieu? Oui Non

Si vous avez coché « Oui », veuillez indiquer la date à laquelle la chirurgie de remplacement de la cupule a eu lieu :

(jj/mm/aaaa)

Décrivez toutes les raisons pour lesquelles une chirurgie de remplacement de la cupule Durom a été diagnostiquée et précisez tous les tests effectués ou les films pris, ainsi que les résultats à l'appui de ce diagnostic :

5. PATIENT N'AYANT PAS SUBI DE CHIRURGIE DE REMPLACEMENT DE LA CUPULE EN RAISON D'UNE CONTRE-INDICATION

Si une chirurgie de remplacement de la cupule n'a pas été fixée ou n'aura pas lieu, le patient souffre-t-il d'un état médical l'empêchant de subir la chirurgie de remplacement de la cupule (« contre-indication »)? Oui Non

Si vous avez coché « Oui », veuillez décrire la ou les contre-indications qui empêchent le remplacement de la cupule Durom et veuillez préciser si la ou les contre-indications sont de nature temporaire ou permanente :

Veuillez indiquer la date où vous avez établi qu'une chirurgie de remplacement de la cupule est contre-indiquée pour le patient. _____
(jj/mm/aaaa)

6. COMPLICATIONS PAR SUITE D'UNE CHIRURGIE DE REMPLACEMENT DE LA CUPULE

Veuillez cocher ici si le patient a subi une ou des chirurgies de remplacement de la cupule pour enlever la ou les cupules Durom.

Si vous avez coché la case ci-dessus et que le patient a subi l'une des complications qui suivent au cours ou après sa chirurgie de remplacement de la cupule, veuillez indiquer la date à laquelle la ou les complications sont survenues :

	DATE (jj/mm/aaaa)
a) Deuxième chirurgie de remplacement de la cupule (droite) Deuxième chirurgie de remplacement de la cupule (gauche)	_____ _____
b) Troisième chirurgie de remplacement de la cupule (droite) Troisième chirurgie de remplacement de la cupule (gauche)	_____ _____
c) AVC ayant eu lieu dans les 72 heures suivant la chirurgie de remplacement de la cupule pour enlever la cupule Durom et causé par cette chirurgie	_____
d) Caillot sanguin formé dans les 72 heures suivant la chirurgie de remplacement de la cupule pour enlever la cupule Durom et causé par cette chirurgie	_____
e) Infection dans la hanche par suite d'une chirurgie de remplacement de la cupule diagnostiquée dans les 30 jours suivant la chirurgie de remplacement de la cupule pour enlever une cupule Durom et qui a été causée par cette chirurgie	_____
f) Atteinte nerveuse permanente par suite d'une chirurgie de remplacement de la cupule pour enlever la cupule Durom	_____
g) Décès dans les 72 heures suivant une chirurgie de remplacement de la cupule pour enlever une cupule Durom et qui découle de cette chirurgie	_____

Veuillez joindre au présent formulaire les dossiers médicaux qui confirment que la ou les complications indiquées ci-dessus ont eu lieu. De tels dossiers peuvent comprendre, mais sans s'y

restreindre, les protocoles opératoires, les rapports d'évaluation pathologique, les archives médicales et/ou les résumés de congé.

7. DÉCLARATION

J'affirme que les déclarations précitées sont véridiques et exactes.

Signé le _____ 201__.

Par : _____
Signature du médecin

En lettres moulées