

## RAPPORT MÉDICAL - RAPORT LEKARSKI

<b>SECTION A - Doit être remplie par le demandeur</b>			
<b>CZĘŚĆ A - Wypełnia wnioskodawca</b>			
Prénom et initiale Imię i inicjał		Nom de famille Nazwisko	
Adresse du domicile (numéro, rue, app., ou route rurale) Adres (ulica i nr domu, nr mieszkania)		Ville Miasto	Province ou territoire Prowincja lub terytorium
Code postal Kod pocztowy	N° de téléphone Numer telefonu	Date de naissance - Data urodzenia Année      Mois      Jour Rok        Miesiąc    Dzień	Numéro d'assurance sociale au Canada Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie
<b>SECTION B - Doit être remplie par le médecin</b>			
<b>CZĘŚĆ B - Wypełnia lekarz</b>			
Veuillez donner une opinion factuelle objective Należy wydać obiektywną opinię opartą na stanie faktycznym			
1 Taille Wzrost	2 a) Depuis quand connaissez-vous le patient? Od kiedy zna Pan/i pacjenta ?	b) Quand avez-vous commencé à traiter le patient pour son état pathologique principal? Kiedy rozpoczął/ęła Pan/i leczenie pacjenta z powodu jego głównych dolegliwości ?	c) Date de la dernière visite Data ostatniej wizyty Année      Mois      Jour Rok        Miesiąc    Dzień
Poids Waga			
3 Diagnostic(s) : Diagnoza:			
4 Antécédents médicaux pertinents/importants reliés à l'état pathologique principal : Przebyte schorzenia przewlekłe/istotne ze względu na główne dolegliwości:			

**Veillez écrire lisiblement - Należy wypełnić czytelnie**

Service Canada assure la prestation des programmes et des services de Ressources humaines et Développement des compétences Canada pour le gouvernement du Canada.

Service Canada zapewnia świadczenia w ramach programu i usług Ressources humaines et Développement des compétences Canada w imieniu rządu Kanady.

Available in English

**Numéro d'assurance sociale au Canada**  
**Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie**

**5** **Au cours des deux dernières années, le patient a-t-il été admis à l'hôpital ou dans une institution?**  
**Czy w czasie dwóch ostatnich lat pacjent był przyjęty do szpitala lub zakładu ?**

- Oui **Dans l'affirmative, veuillez indiquer :**  
Tak **Jeżeli tak, proszę podać :**
- Non  
Nie

Nom de(s) l'hôpital(aux) ou de(s) l'institution (institutions)  
Nazwa szpitala/i lub zakładu/ów

La (les) date(s) d'admission  
Data/y przyjęcia

Année	Mois	Jour
Rok	Miesiąc	Dzień

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La (les) raison(s) de l'admission  
Powód/y przyjęcia

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6A** **Y a-t-il des preuves à l'appui de l'état pathologique principal du patient? Veuillez joindre les documents à l'appui.**  
**Czy istnieją dokumenty potwierdzające główne dolegliwości pacjenta ? Należy je dołączyć.**

Rapports de laboratoire  
Wyniki badań laboratoryjnych

Oui  Non  
Tak Nie

Radiographies  
Badania rentgenowskie

Oui  Non  
Tak Nie

Opinions de consultants  
Opinie konsultantów

Oui  Non  
Tak Nie

Autre  
Inne

Oui  Non  
Tak Nie

Documents devant être retournés  
Dokumenty do zwrotu

Oui  Non  
Tak Nie

**6B** **Veillez décrire les observations physiques et les limitations fonctionnelles pertinentes.**  
**Należy opisać stan fizyczny oraz stałe ograniczenia czynnościowe.**

Numéro d'assurance sociale au Canada  
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

**7** **Prévoyez-vous effectuer d'autres consultations ou évaluations médicales en rapport avec son état pathologique principal?**  
**Czy przewidywane są inne konsultacje lub opinie lekarskie w związku z głównymi dolegliwościami ?**

Oui  
Tak

**Dans l'affirmative, veuillez préciser :**  
**Jeżeli tak, proszę podać jakie:**

Non  
Nie

**8** **Le patient prend-il présentement des médicaments en raison de son état pathologique principal?**  
**Czy obecnie pacjent zażywa leki w związku z głównymi dolegliwościami?**

Oui  
Tak

**Dans l'affirmative, veuillez indiquer la dose et la fréquence.**  
**Jeżeli tak, proszę podać dawkę i jak często.**

Non  
Nie

**9** **Traitement :** Indiquez le genre et la réaction.  
**Leczenie:** Podać rodzaj i reakcję.

<b>Numéro d'assurance sociale au Canada</b> <b>Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie</b>	<b>À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU - DO WYŁĄCZNEGO UŻYTKU URZĘDU</b>		
	<input type="checkbox"/> C.V.	Initiales	Année    Mois    Jour
<b>10</b>	<b>Pronostic au sujet de l'état pathologique principal du patient :</b> <b>Prognozowanie w związku z głównymi dolegliwościami pacjenta :</b>		
<b>11</b>	<b>Renseignements supplémentaires</b> <b>Informacje dodatkowe</b>		
<b>SIGNATURE (Veuillez écrire en lettres moulées ou estamper)</b> <b>PODPIS (należy podpisać drukowanymi literami lub przystawić pieczęć)</b>			
Nom du médecin au complet Pełne nazwisko lekarza			
Adresse Adres		<input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Lekarz rodzinny	
<input type="checkbox"/> Spécialité <input type="checkbox"/> Specjalizacja _____		code postal Kod pocztowy	
<b>Signature</b> <b>Podpis</b> <b>X</b>		Année    Mois    Jour Rok    Miesiąc    Dzień	N° de téléphone Numer telefonu

**Veillez écrire lisiblement - Należy wypełnić czytelnie**