

Claim # / N° réclamation

**RECORD OF HOSPITAL CARE FOR CANCER / RAPPORT D'HOSPITALISATION POUR CANCER**

**TO BE COMPLETED BY THE HEALTH RECORDS / DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES**

The patient is responsible for securing this form and for charges made for its completion. / Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, à ses frais.

Patient's Name / Nom du patient

---

Care Unit / Service de soins

Admission Date / Date d'admission  
D-M-Y / J-M-A

Discharge Date / Date de sortie  
D-M-Y / J-M-A

Emergency / Urgence

---



---

Intensive or active care / Soins intensifs  
ou de courte durée

---



---

Extended or convalescent care / Soins  
prolongés ou convalescence

---



---

Other units / Autres unités

---



---

Date of outpatient treatments /  
Dates des traitements en externe

**SURGERY / CHIRURGIE**  
D-M-Y / J-M-A

**CHEMOTHERAPY / CHIMIOTHÉRAPIE**  
D-M-Y / J-M-A

**RADIATION / RADIOTHÉRAPIE**  
D-M-Y / J-M-A

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

Date

Hospital / Hôpital

Signature and stamp of department  
official /

Signature et étampe du responsable  
du Service des archives

---

**AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION:** I hereby authorize any health care professional, as well as any public or private health or social service establishment, any insurer, my employer, consumer reporting agency, any other organization or persons having records or information concerning me, to furnish such records or information to the insurer and its reinsurers, particularly medical information, to determine eligibility for benefits. In case of death, the beneficiary, the heir or the liquidator of my estate is expressly authorized to supply the insurer, when required by the latter, with all the information and authorizations necessary to study the death benefit claim and obtain the required justifications. A photocopy of this authorization or this consent has the same value as the original.

**AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS:** Par les présentes, j'autorise tout professionnel de la santé, établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, tout assureur, mon employeur, toute agence de renseignements sur les consommateurs ou tout autre organisme, et autres personnes qui ont des dossiers ou des renseignements médicaux, me concernant à divulguer ces dossiers ou ces renseignements à l'assureur ou ses réassureurs, afin de déterminer mon admissibilité aux prestations. Advenant mon décès, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession est expressément autorisé à fournir à l'assureur, si celui-ci en fait la demande, tous les renseignements et autorisations nécessaires pour étudier la demande de prestations de décès et obtenir les pièces justificatives nécessaires. Une photocopie de cette autorisation ou de ce consentement est aussi valide que l'original.

Signature of Claimant / Signature du réclamant

Date