

## FORMULAIRE DE PREUVE DE DIAGNOSTIC

**Cette section doit être remplie par candidat**

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_

Nom du fournisseur de soins de santé : \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital ou de la Clinique : \_\_\_\_\_

Adresse du bureau : \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_

Prov: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du bureau : \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

**Cette section doit être remplie par un professionnel de la santé**

Veuillez fournir un bref historique des antécédents médicaux du demandeur, ces derniers ayant un lien avec son diagnostic de maladies inflammatoires de l'intestin.

Je certifie que ce candidat est actuellement sous mes soins et qu'il a reçu un diagnostic de :

- maladie de Crohn
- colite ulcéreuse
- ou une autre forme de maladies inflammatoires de l'intestin.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Titre de compétences : \_\_\_\_\_