

Renseignements médicaux - Première partie (suite)	Assuré 1	Assuré 2
<p>Si vous répondez « oui » à une ou plusieurs des questions 4 à 15, veuillez fournir des détails dans la section « Détails additionnels » à la page 3. Veuillez inclure les dates des événements, la durée, le traitement, le diagnostic, si le problème est réglé ou actuel, les dates et les résultats de tout test effectué (à l'exclusion des tests génétiques) ainsi que les noms et adresses de tous les professionnels et établissements médicaux.</p>		
<p>4. Au cours des 25 dernières années, avez-vous souffert de l'une des maladies suivantes, vous a-t-on dit que vous souffriez de l'une d'elles, ou avez-vous reçu tout traitement ou tout suivi pour une maladie ou un trouble touchant :</p>		
<p>b) la tête ou le cerveau?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Accident vasculaire cérébral (AVC) <input type="radio"/> Accident ischémique transitoire (AIT) <input type="radio"/> Épilepsie ou convulsions <input type="radio"/> Blessure à la tête ou commotion cérébrale <input type="radio"/> Tout autre problème ou trouble de la tête ou du cerveau 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>c) la santé mentale?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Anxiété ou stress <input type="radio"/> Dépression <input type="radio"/> Trouble de stress post-traumatique (TSPT) <input type="radio"/> Trouble bipolaire <input type="radio"/> Schizophrénie ou psychose <input type="radio"/> Trouble de l'alimentation <input type="radio"/> Idées suicidaires ou tentatives de suicide <input type="radio"/> Hospitalisation pour trouble de santé mentale 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>d) le système respiratoire ou les poumons?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Asthme <input type="radio"/> Fibrose kystique <input type="radio"/> Apnée du sommeil <input type="radio"/> Toute autre maladie ou tout autre trouble des poumons ou de la respiration 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>e) un kyste, une tumeur, toute autre masse ou un cancer (autre qu'un carcinome basocellulaire)?</p> <p>Note : cela peut inclure, mais sans s'y limiter : lésions, adénofibrome, bosses, masses, polypes, atteintes malignes, etc.</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>f) le diabète, la glycémie, la tension artérielle, le cholestérol, un caillot sanguin ou tout autre trouble sanguin (autre que l'anémie ferriprive)?</p> <p>Note : cela peut inclure, mais sans s'y limiter : anévrisme, anémie non ferriprive, hémophilie, facteur V Leiden, etc.</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>g) une maladie du foie, des reins, de la vessie, des intestins ou du système digestif?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hépatite <input type="radio"/> Colite ulcéreuse <input type="radio"/> Maladie de Crohn <input type="radio"/> Toute autre maladie ou tout autre trouble du foie, des reins, de la vessie, des intestins ou du système digestif 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>h) trouble des muscles, des nerfs, des articulations ou des mouvements (excluant les blessures mineures ou les fractures)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Arthrite <input type="radio"/> Lupus <input type="radio"/> Dystrophie musculaire <input type="radio"/> Sclérose en plaques <input type="radio"/> Sclérose latérale amyotrophique (SLA) <input type="radio"/> Paralyse cérébrale <input type="radio"/> Toute autre maladie ou tout autre trouble des muscles, des nerfs, des articulations ou des mouvements 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>i) le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou un test positif pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Renseignements médicaux - Deuxième partie	Assuré 1	Assuré 2
<p>5. Au cours des deux dernières années, avez-vous souffert de douleur chronique, de fatigue chronique, de fibromyalgie, de paralysie ou d'une blessure au dos, à la colonne vertébrale ou au cou?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>6. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé pendant plus de 2 jours consécutifs (autre que pour un accouchement)?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>7. Vous a-t-on conseillé de subir des tests cliniques, des interventions chirurgicales ou des traitements non encore effectués, ou attendez-vous les résultats d'un test clinique (à l'exception des tests génétiques)?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>8. a) Êtes-vous dans l'attente d'une recommandation pour voir un spécialiste?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>b) Éprouvez-vous tout symptôme pour lequel vous n'avez pas encore consulté de fournisseur de soins de santé?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

