

QUESTIONNAIRE SUR LES TROUBLES GASTROINTESTINAUX

Nom	Date de naissance	Proposition n°
-----	-------------------	----------------

1. Quand les premiers symptômes sont-ils apparus ou quand cet état a-t-il été décelé?

A-t-on déterminé une cause précise pour cet état?

Quelles sont la fréquence et la durée de vos symptômes?

Quand avez-vous ressenti les derniers symptômes?

Date et résultats de la dernière radiographie/endoscopie, des derniers ultrasons et/ou du dernier repas/lavement baryté Jamais subi

Avez-vous des tests en attente? Si tel est le cas, veuillez indiquer le genre de test et la date prévue.

2. Avez-vous déjà souffert de : saignement rectal vomissement de sang difficulté à avaler
Si tel est le cas, veuillez préciser.

Éprouvez-vous actuellement des symptômes quelconques? Oui Non Si « non », depuis quand vous n'en avez plus? _____
Si « oui », veuillez décrire les symptômes actuels :

Nom, adresse et numéro de téléphone du ou des conseillers médicaux :

Nom	Adresse (numéro et rue)	Ville	Province	Téléphone

Date de la dernière consultation d'un conseiller médical (jj/mmm/aa) :

Détails de tout médicament pris (type, posologie, fréquence) :

Encore sous médication Date d'arrêt de la médication (jj/mmm/aa)

3. Avez-vous besoin d'autres types de traitement comme des modifications diététiques? Oui Non Si « oui », veuillez préciser.

Avez-vous déjà eu besoin d'être alimenté par intraveineuse ou par gavage? Oui Non Si « oui », veuillez préciser.

Avez-vous déjà été hospitalisé pour cet état? Oui Non Si « oui », veuillez préciser.

Avez-vous déjà eu besoin d'un traitement d'urgence pour cet état? Oui Non Si « oui », veuillez préciser.

Avez-vous des restrictions physiques ou une invalidité quelconque en raison de votre état? Oui Non Si « oui », veuillez préciser.

Vos tâches au travail ou vos loisirs ont-ils été affectés de quelque façon ou avez-vous perdu du temps au travail en raison de votre état?
 Oui Non Si « oui », veuillez préciser.

Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques et je comprends qu'elles font partie intégrante de ma proposition pour la police demandée.

Signature du proposant X	Signature du témoin X	Date (jj/mmm/aa)
------------------------------------	---------------------------------	------------------