

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 <input type="radio"/> 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 : <input type="radio"/> saignement rectal <input type="radio"/> vomissement de sang <input type="radio"/> difficulté à avaler				
Si tel est le cas, veuillez préciser.				
Éprouvez-vous actuellement des symptômes quelconques? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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) :				
<input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », veuillez préciser.				
Avez-vous déjà eu besoin d'être alimenté par intraveineuse ou par gavage? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », veuillez préciser.				
Avez-vous déjà été hospitalisé pour cet état? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », veuillez préciser.				
Avez-vous déjà eu besoin d'un traitement d'urgence pour cet état? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », veuillez préciser.				
Avez-vous des restrictions physiques ou une invalidité quelconque en raison de votre état? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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)