

QUESTIONNAIRE SUR L'ÉPILEPSIE

Nom	Date de naissance (jj/mmm/aa)	Proposition n°												
<p>1. De quel type d'épilepsie souffrez-vous?</p> <p> <input type="radio"/> Grand mal <input type="radio"/> Petit Mal <input type="radio"/> Généralisée <input type="radio"/> Myoclonique <input type="radio"/> Tónico-clonique <input type="radio"/> Atonique <input type="radio"/> Autre </p> <p>Avez-vous présentement ou avez-vous déjà eu :</p> <p><input type="radio"/> Aura ou avertissement – Si « oui », veuillez préciser: _____</p> <p><input type="radio"/> Perte de conscience - Si « oui », quelle en est la durée? _____</p> <p><input type="radio"/> Crises pendant la nuit seulement? _____</p>														
2. Quelle était la date de la première crise?		Quelle était la date de la dernière crise?												
Combien de crises avez-vous eues au cours des 24 derniers mois?														
Existe-t-il des éléments déclencheurs connus de vos crises?														
Nom, adresse et numéro de téléphone du ou des conseillers médicaux consultés :														
Détails de tout type de médication prise : <table border="1" data-bbox="154 934 1516 1100"> <thead> <tr> <th>Type</th> <th>Posologie</th> <th>Fréquence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Type	Posologie	Fréquence									
Type	Posologie	Fréquence												
<input type="radio"/> Encore à ce jour sous médication		Date d'arrêt de la médication (jj/mmm/aa) :												
Date et résultats de la dernière radiographie de la tête (jj/mmm/aa) :		<input type="radio"/> Jamais subi												
Date et résultats du dernier scanogramme ou IRM de la tête (jj/mmm/aa) :		<input type="radio"/> Jamais subi												
Date et résultats du dernier EEG (jj/mmm/aa) :		Jamais subi												

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)
------------------------------------	---------------------------------	------------------