

QUESTIONNAIRE SUR L'ÉPILEPSIE

Nom	Date de naissance (jj/mmm/aa)	Proposition n°
1. De quel type d'épilepsie souffrez-vous? <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		
Avez-vous présentement ou avez-vous déjà eu : <input type="radio"/> Aura ou avertissement – Si « oui », veuillez préciser: _____		
<input type="radio"/> Perte de conscience - Si « oui », quelle en est la durée? _____		
<input type="radio"/> Crises pendant la nuit seulement? _____		
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 :		
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) :	<input type="radio"/> 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)
------------------------------------	---------------------------------	------------------