

QUESTIONNAIRE SUR LES DOULEURS AU DOS

Nom	Date de naissance (jj/mmm/aa)	Proposition n°
------------	-------------------------------	----------------

I. Localisation de la douleur au dos : Cervicale (cou) Thorax (centre du dos) Lombaire (bas du dos)

Quand se sont manifesté les premiers symptômes? (jj/mmm/aa)

Quelle semblait en être la raison?

Quelles sont la fréquence et la durée des symptômes?

La douleur est-elle irradiée? Oui Non Si « oui », veuillez préciser où :

Avez-vous déjà eu des récurrences? Oui Non Si « oui », veuillez préciser la ou les dates, les traitements et la durée de chacune :

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

Date et résultats de la dernière radiographie et/ou du dernier tomodensitogramme/examen par IRM : Jamais subi

Avez-vous des tests en attente? Oui Non Si « oui », veuillez préciser les tests et les dates prévues :

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

Détails de tout médicament pris (type, posologie, fréquence)	Encore sous médication	Date d'arrêt de la médication
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

2. Avez-vous déjà eu des traitements de
 Physiothérapie Chiropratie Exercice physique

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour cet état? Oui Non Si « oui », veuillez fournir les détails.

Avez-vous déjà subi une chirurgie ou une chirurgie est-elle prévue pour cet état? Oui Non Si « oui », veuillez fournir les détails.

Est-ce que les tâches reliées à votre emploi ou vos activités de loisirs ont été touchées de quelque façon ou avez-vous perdu du temps au travail en raison de votre état? Oui Non Si « oui », veuillez fournir les détails.

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