

# QUESTIONNAIRE SUR LES AFFECTIONS RESPIRATOIRES

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

- 1.** Avez-vous déjà souffert de l'une des affections suivantes :
- Bronchite chronique     Asthme     Emphysème     Pneumonie     Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)  
 Toux chronique     Allergies     Autres (veuillez préciser)

Avez-vous déjà éprouvé l'un des malaises suivants :

Essoufflement     Respiration sifflante     Toux     Respiration laborieuse     Lèvres devenant bleues  
 Autres (veuillez préciser)

- 2.** Quand les premiers symptômes sont-ils apparus?

Existe-t-il des éléments déclencheurs connus de vos symptômes?

Allergies     Saisonnier (froid/chaleur)     Infections respiratoires     Exercice     Autres (veuillez préciser)

Quelles en sont la fréquence et la durée?

Quand les avez-vous éprouvés la dernière fois?

Comment sont les symptômes?

Légers     Modérés     Graves     Accompagnés d'expectoration     Accompagnés de sang

Comparativement aux années précédentes, la fréquence, la gravité et le type de symptômes sont :

les mêmes     moins importants     plus importants

Date et résultats du dernier test de la fonction pulmonaire, des dernières radiographies ou des derniers tests d'allergies (jj/mmm/aa) :

Jamais subi

<b>3.</b> Veuillez fournir des détails concernant votre utilisation de	x par jour	x par semaine	x par mois	Date de la dernière utilisation (jj/mmm/aa)
Inhalateur de secours (Ventolin, Salbutamol)				
Inhalateur d'entretien (Flovent, Advair)				
Nébuliseur (pompe)				
Stéroïdes (Cortisone, Prednisone)				
Autres				

- 4.** Avez-vous déjà été hospitalisé(e) 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 reliés à cet état?     Oui     Non    Si « oui », veuillez préciser.

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

Avez-vous déjà fait usage d'une forme quelconque de tabac?     Oui     Non    Si « oui », veuillez préciser.  
 Depuis quand ne fumez-vous plus (jj/mmm/aa)?

Faites-vous actuellement usage d'une forme quelconque de tabac?     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 <b>X</b>	Signature du témoin <b>X</b>	Date (jj/mmm/aa)
------------------------------------	---------------------------------	------------------