

QUESTIONNAIRE SUR LES TROUBLES GYNÉCOLOGIQUES

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

1. Quand le premier symptôme est-il apparu ou quand ce trouble a-t-il été détecté la première fois?

Une cause précise a-t-elle été associée à votre état?

Quelles sont la fréquence et la durée de ces symptômes?

Quand se sont-ils produits la dernière fois?

Date et résultats du dernier test PAP Jamais subi

Date et résultats de la dernière échographie pelvienne ou abdominale Jamais subi

Avez-vous eu un diagnostic de cancer ou d'état précancéreux? Oui Non

Avez-vous des tests quelconques en attente? Si « oui », veuillez préciser quel test et la date prévue :

2. Avez-vous actuellement des symptômes quelconques? Oui Non Si « non », depuis quand ont-ils disparu?
Si « oui », veuillez les décrire :

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

Nom	Adresse (numéro et rue)	Ville	Province	Téléphone

Date de la dernière consultation d'un conseiller médical (jj/mmm/aa) :

Détails de toute médication prise (type, posologie, fréquence) :

Encore sous médication

Date d'arrêt de la médication (jj/mmm/aa) :

3. Avez-vous déjà subi une chirurgie ou un autre traitement pour cet état? Oui Non Si « oui », veuillez préciser.

Est-ce que des visites de suivi ont été recommandées? Oui Non Si « oui », veuillez préciser.

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

Avez-vous déjà reçu un traitement d'urgence pour cet état? Oui Non Si « oui », veuillez préciser.

Avez-vous des restrictions physiques et/ou une invalidité reliées à cet état? Oui 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?
 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 X	Signature du témoin X	Date (jj/mmm/aa)
------------------------------------	---------------------------------	------------------