

QUESTIONNAIRE SUR LES TROUBLES NEUROLOGIQUES

Nom		Date de naissance (jj/mmm/aa)	Proposition n°
1. Âge lors des premiers troubles :		Date du dernier épisode :	
Symptômes/Diagnostic			
Ces troubles sont-ils actifs présentement?		<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Vous acquittez-vous des activités de la vie quotidienne (vous laver, vous habiller, manger) avec :		<input type="radio"/> peu ou pas de difficulté	<input type="radio"/> difficulté moyenne <input type="radio"/> difficulté extrême
Travaillez-vous ou effectuez-vous des tâches domestiques avec :		<input type="radio"/> peu ou pas de difficulté	<input type="radio"/> difficulté moyenne <input type="radio"/> difficulté extrême
Êtes-vous capable de marcher, de vous tenir debout avec :		<input type="radio"/> peu ou pas de difficulté <input type="radio"/> difficulté moyenne <input type="radio"/> difficulté extrême	<input type="radio"/> utilisation d'un fauteuil roulant ou d'une marchette <input type="radio"/> alité
Quelle force musculaire avez-vous?		<input type="radio"/> peu ou pas de perte	<input type="radio"/> perte moyenne <input type="radio"/> perte extrême
Degré des fonctions intestinales et urinaires?		<input type="radio"/> peu ou pas de perte	<input type="radio"/> perte moyenne <input type="radio"/> perte extrême
Si vous avez d'autres difficultés, veuillez préciser :			
2. Souffrez-vous de problèmes de :			
<input type="radio"/> Vue		<input type="radio"/> Déglutition	<input type="radio"/> Respiration <input type="radio"/> Engourdissement
<input type="radio"/> Infections urinaires		<input type="radio"/> Faiblesse/fatigue	<input type="radio"/> Autre
Si vous avez d'autres problèmes, veuillez préciser :			
Nom, adresse et numéro de téléphone du ou des conseillers médicaux consultés :			
Détails de toute médication prise (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	
Date et résultats du dernier examen par IRM/scanogramme:		<input type="radio"/> Jamais subi	
Autres tests effectués, incluant date et résultats			
3. Avez-vous déjà été hospitalis(e) pour cet état? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », veuillez préciser ci-dessous.			
Avez-vous déjà reçu un traitement d'urgence pour cet état? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », veuillez préciser ci-dessous.			
Avez-vous perdu du temps au travail pour cet état? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », veuillez préciser ci-dessous.			

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