

QUESTIONNAIRE SUR LES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES

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

1. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

Anxiété	Panique/phobie	Dépression
Troubles bipolaires ou maniacodépressifs	Troubles de l'alimentation	Troubles post-traumatiques
Épuisement psychologique	Schizophrénie ou autre(s) maladie(s) psychotique(s)	
Insomnie/troubles du sommeil	Abus d'alcool ou de substance(s)/accoutumance	
Autre, veuillez préciser :		

Quand les premiers symptômes sont-ils apparus?

Quelle semble avoir été la cause de vos symptômes?

Avez-vous eu des rechutes? Si « oui », veuillez préciser la ou les dates, le ou les traitements et la durée de chacune.

Éprouvez-vous actuellement des symptômes? Oui Non Si « oui », veuillez les décrire :

Si « non », depuis quand ont-ils disparus?

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

A-t-on posé un diagnostic? Si tel est le cas, veuillez l'indiquer :

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	

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

Recevez-vous ou avez-vous déjà reçu des traitements de psychothérapie/consultation(s)? Oui Non Si « oui », veuillez préciser.

Avez-vous déjà eu des électrochocs? Oui Non Si « oui », veuillez préciser.

Avez-vous déjà eu des idées suicidaires ou fait des tentatives de suicide? Oui Non Si « oui », veuillez préciser.

Est-ce que les tâches reliées à votre emploi ou vos loisirs ont été touchés 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)
------------------------------------	---------------------------------	------------------