

# QUESTIONNAIRE SUR LES DOULEURS AU DOS

<b>Nom</b>	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 manifestés 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 <b>X</b>	Signature du témoin <b>X</b>	Date (jj/mmm/aa)
------------------------------------	---------------------------------	------------------