

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Nom	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Prénom
Date de naissance: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Année</span> <span>Mois</span> <span>Jour</span> </div>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> N° de proposition ou de contrat

**1** a) Quelle est la nature des troubles musculo-squelettiques ?

- |                                   |   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Déchirement ligament | <input type="checkbox"/> Épicondylite         | <input type="checkbox"/> Fracture       |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Déchirement ménisque | <input type="checkbox"/> Étirement musculaire | <input type="checkbox"/> Tendinite      |
| <input type="checkbox"/> Bursite  | <input type="checkbox"/> Entorse              | <input type="checkbox"/> Fasciite plantaire   | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

b) Quelle est la partie du corps touchée ?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cheville droite                          | <input type="checkbox"/> Cheville gauche | <input type="checkbox"/> Cheville droite et cheville gauche |
| <input type="checkbox"/> Coude droit                              | <input type="checkbox"/> Coude gauche    | <input type="checkbox"/> Coude droit et coude gauche        |
| <input type="checkbox"/> Épaule droite                            | <input type="checkbox"/> Épaule gauche   | <input type="checkbox"/> Épaule droite et épaule gauche     |
| <input type="checkbox"/> Genou droit                              | <input type="checkbox"/> Genou gauche    | <input type="checkbox"/> Genou droit et genou gauche        |
| <input type="checkbox"/> Hanche droite                            | <input type="checkbox"/> Hanche gauche   | <input type="checkbox"/> Hanche droite et hanche gauche     |
| <input type="checkbox"/> Poignet droit                            | <input type="checkbox"/> Poignet gauche  | <input type="checkbox"/> Poignet droit et poignet gauche    |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez le côté affecté): _____ |  |   |

**2** Date de l'apparition des symptômes:   

Année
Mois

**3** Y a-t-il une cause connue ?  Oui  Non

**Si oui**, s'agit-il  d'une maladie ?  d'un accident ?  de la pratique de sports ?  d'un mouvement répétitif au travail ?

**Si oui**, précisez. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**4** Les symptômes sont-ils encore présents ?  Oui  Non

**Si oui**, sont-ils  continus ?  occasionnels ? **Si occasionnels**, précisez la fréquence. \_\_\_\_\_

**Si les symptômes ne sont plus présents**, quelle est la date et la durée du dernier épisode ?  \_\_\_\_\_  

Année
Mois
Durée

**5** Nom et adresse complète de tous les médecins ou autres professionnels de la santé consultés à ce sujet.

Nom	Adresse	Date de consultation
_____	_____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Année Mois
_____	_____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Année Mois
_____	_____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Année Mois

**6** Vous a-t-on recommandé de consulter un spécialiste?  Oui  Non

**Si oui**, précisez la date des consultations prévues ainsi que le nom et l'adresse complète de ce spécialiste.

**Date de consultation**

Nom	Adresse	Année		Mois
-----	---------	-------	--	------

**7** Prenez-vous des médicaments en raison de cette affection?  Oui  Non

**Si oui**, précisez lesquels. \_\_\_\_\_

**Si non**, en avez-vous déjà pris?  Oui  Non

**Si oui**, précisez quels médicaments, la raison et la date de cessation. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8** Des tests ou des examens ont-ils été faits?  Oui  Non **Si oui**, précisez.

Tests/examens	Résultat	Date		
<input type="checkbox"/> IRM	_____	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Mois</td> </tr> </table>	Année	Mois
Année	Mois			
<input type="checkbox"/> Radiographie (Rayon X)	_____	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Mois</td> </tr> </table>	Année	Mois
Année	Mois			
<input type="checkbox"/> Scan	_____	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Mois</td> </tr> </table>	Année	Mois
Année	Mois			
<input type="checkbox"/> Autres: _____	_____	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Mois</td> </tr> </table>	Année	Mois
Année	Mois			

**9 a)** Recevez-vous ou avez-vous reçu des traitements?  Oui  Non **Si oui**, précisez le type de traitements et leur fréquence.

Type de traitements	Fréquence des traitements	De	À				
<input type="checkbox"/> Acupuncture	_____	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Année	Année	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Année	Année
Année	Année						
Année	Année						
<input type="checkbox"/> Ergothérapie	_____	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Année	Année	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Année	Année
Année	Année						
Année	Année						
<input type="checkbox"/> Kinésithérapie	_____	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Année	Année	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Année	Année
Année	Année						
Année	Année						
<input type="checkbox"/> Massothérapie	_____	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Année	Année	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Année	Année
Année	Année						
Année	Année						
<input type="checkbox"/> Naturopathie	_____	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Année	Année	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Année	Année
Année	Année						
Année	Année						
<input type="checkbox"/> Ostéopathie	_____	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Année	Année	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Année	Année
Année	Année						
Année	Année						
<input type="checkbox"/> Physiothérapie	_____	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Année	Année	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Année	Année
Année	Année						
Année	Année						
<input type="checkbox"/> Autres: _____	_____	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Année	Année	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Année	Année
Année	Année						
Année	Année						

b) Vous a-t-on recommandé des tests, des examens ou des traitements qui n'ont pas encore eu lieu ?  Oui  Non

**Si oui**, précisez le type de test, d'examen ou de traitement et la date prévue.

Année	Mois	
Année	Mois	

c) Vous a-t-on recommandé des traitements que vous avez décidé de ne pas suivre ?  Oui  Non

**Si oui**, précisez le type de traitement et la raison pour laquelle vous avez décidé de ne pas suivre ce traitement.

---



---

**10** Avez-vous subi ou devez-vous subir une intervention chirurgicale ?  Oui  Non **Si oui**, précisez.

Type d'intervention chirurgicale	Nom de l'établissement hospitalier	Date
		Année    Mois
		Année    Mois

**11** Est-ce que cette affection cause des limitations dans les activités de votre vie quotidienne, dans votre travail ou dans vos loisirs ?  Oui  Non

**Si oui**, précisez. \_\_\_\_\_

---

**12** Avez-vous eu des périodes d'arrêt de travail en raison de cette affection ?  Oui  Non

**Si oui**, précisez la date de début et la durée de chacune de ces périodes.

Date de début	Durée (en semaines)
Année    Mois	
Année    Mois	

**13** Êtes-vous complètement rétabli ?  Oui  Non **Si oui**, quelle est la date des derniers symptômes ? \_\_\_\_\_

Année	Mois

Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce questionnaire sont complètes et véridiques.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ .

X	X
Signature de la personne à assurer ou de son tuteur légal si la personne à assurer a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec	Signature du témoin