

Nom	Prénom						
Date de naissance: <table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Année</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mois</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Jour</td> </tr> </table>				Année	Mois	Jour	
Année	Mois	Jour					
	N° de proposition ou de contrat						

1 a) Quelle est la nature des troubles du dos ou du cou ?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Fatigue de la nuque ou du cou | <input type="checkbox"/> Nerf sciatique coincé (sciatalgie) |
| <input type="checkbox"/> Coup de fouet cervical (coup du lapin, Whiplash) | <input type="checkbox"/> Fatigue du dos | <input type="checkbox"/> Névralgie d'Arnold |
| <input type="checkbox"/> Entorse | <input type="checkbox"/> Hernie discale | <input type="checkbox"/> Scoliose, lordose |
| <input type="checkbox"/> Entorse lombaire | <input type="checkbox"/> Lumbago | <input type="checkbox"/> Spondylose |

b) Quelle est la partie touchée ? Cou Milieu du dos Bas du dos

Si plus d'une partie est touchée, les renseignements relatifs à chacune d'entre elles doivent être fournis.

2 Date de l'apparition des symptômes:

Année	Mois	Jour

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 ? d'une raison congénitale ?

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	Jour

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				
		<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Année</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mois</td> </tr> </table>			Année	Mois
Année	Mois					
		<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Année</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mois</td> </tr> </table>			Année	Mois
Année	Mois					
		<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Année</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mois</td> </tr> </table>			Année	Mois
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.

		<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Année</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mois</td> </tr> </table>			Année	Mois
Année	Mois					
		<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Année</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mois</td> </tr> </table>			Année	Mois
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="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Mois</td></tr> </table>							Année					Mois
Année					Mois									
<input type="checkbox"/> Radiographie (Rayon X)	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Mois</td></tr> </table>							Année					Mois
Année					Mois									
<input type="checkbox"/> Scan	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Mois</td></tr> </table>							Année					Mois
Année					Mois									
<input type="checkbox"/> Autres: _____	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>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="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année
Année					Année																						
Année					Année																						
<input type="checkbox"/> Épidural	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année
Année					Année																						
Année					Année																						
<input type="checkbox"/> Ergothérapie	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année
Année					Année																						
Année					Année																						
<input type="checkbox"/> Kinésithérapie	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année
Année					Année																						
Année					Année																						
<input type="checkbox"/> Massothérapie	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année
Année					Année																						
Année					Année																						
<input type="checkbox"/> Naturopathie	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année
Année					Année																						
Année					Année																						
<input type="checkbox"/> Ostéopathie	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année
Année					Année																						
Année					Année																						
<input type="checkbox"/> Physiothérapie	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année
Année					Année																						
Année					Année																						
<input type="checkbox"/> Autres: _____	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Année</td></tr> </table>							Année					Année	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>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.

Date												
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Mois</td></tr> </table>							Année					Mois
Année					Mois							
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Année</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Mois</td></tr> </table>							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																
<hr/>	<hr/>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="4">Année</td> <td colspan="4">Mois</td> </tr> </table>									Année				Mois			
Année				Mois														
<hr/>	<hr/>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="4">Année</td> <td colspan="4">Mois</td> </tr> </table>									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)																
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="4">Année</td> <td colspan="4">Mois</td> </tr> </table>									Année				Mois				<hr/>
Année				Mois													
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="4">Année</td> <td colspan="4">Mois</td> </tr> </table>									Année				Mois				<hr/>
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

.

<hr/>	<hr/>
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