

<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;"> Année Mois Jour </div>	<input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/> N° de proposition ou de contrat

1 Quelle est la nature des troubles respiratoires ?

- Apnée du sommeil
 Bronchite chronique
 Maladies pulmonaires obstructives
 Asthme
 Emphysème
 Autres: _____

2 Date du diagnostic:

Année
Mois

3 a) Les symptômes sont-ils constants ? épisodiques ?

b) Quelle est la durée habituelle des symptômes? _____

c) Date du premier épisode incluant une ou des crises:

Année
Mois

d) Date des derniers symptômes:

Année
Mois

e) Durée du dernier épisode: _____

4 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"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;">Année Mois</div>
_____	_____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;">Année Mois</div>
_____	_____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;">Année Mois</div>

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

Si oui, précisez lesquels. _____

Quelle et la fréquence d'utilisation des médicaments prescrits ?

- Tous les jours
 Lors de rhume, grippe
 Lors des épisodes ou des crises seulement

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

Si oui, précisez quels médicaments, la raison et la date de cessation. _____

6 Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement (C-Pap, inhalothérapie ou autres) ? Oui Non

Si oui, précisez la fréquence d'utilisation. Tous les jours
 Lors de rhume, grippe
 Lors des épisodes ou des crises seulement

Suivez-vous toujours ce traitement selon les directives de votre médecin ? Oui Non

7 Avez-vous subi ou devez-vous subir des tests ou des examens en raison de cette affection ? Oui Non **Si oui**, précisez.

Tests/examens	Résultat (le cas échéant)	Date												
<input type="checkbox"/> Étude de sommeil	_____	<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 des poumons	_____	<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"/> Tests de fonction respiratoire	_____	<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									

8 Avez-vous été hospitalisé en raison de cette affection ? Oui Non **Si oui**, précisez.

Nom de l'établissement hospitalier	Adresse	Date d'hospitalisation												
_____	_____	<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									
_____	_____	<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 Avez-vous eu des périodes d'arrêt de travail en raison de cette affection ? Oui Non

Si oui, moins d'une semaine par année plus d'une semaine par année

Si plus d'une semaine, la date du 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></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								



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

Année					Mois

11 Fournissez tout renseignement additionnel pertinent. _____

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

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

 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
--	--