

<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: 200px; height: 20px;" type="text"/> N° de proposition ou de contrat

**1 a)** Quelle est la nature du trouble psychologique ?

<input type="checkbox"/> Anxiété (anxiété généralisée, panique, angoisse, phobie) <input type="checkbox"/> Choc post-traumatique (stress post-traumatique) <input type="checkbox"/> Dépression (dépression majeure, saisonnière, dysthymie, situationnelle) <input type="checkbox"/> Schizophrénie (psychose, troubles psychotiques) <input type="checkbox"/> Stress (burn-out, épuisement, surmenage, fatigue chronique) <input type="checkbox"/> Tentative(s) de suicide : <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Année</span> <span>Mois</span> </div>	<input type="checkbox"/> Trouble alimentaire (anorexie, boulimie) <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire (maladie maniaco-dépressive) <input type="checkbox"/> Trouble d'adaptation <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) <input type="checkbox"/> Autres: _____
---	--

**2** Date du diagnostic :   

Année
Mois

**3** Date du premier épisode:  Date du dernier épisode:  Nombre d'épisodes: \_\_\_\_\_  

Année
Mois
Année
Mois

**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: 15px;" type="text"/> Année    Mois
_____	_____	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Année    Mois
_____	_____	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Année    Mois

**5** 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. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Depuis les six derniers mois, votre médication a-t-elle été modifiée?  Oui  Non

Si oui, précisez. \_\_\_\_\_

**6** Suivez-vous ou avez-vous suivi une thérapie complémentaire avec un médecin, un psychiatre ou un psychologue?  Oui  Non

Si oui, précisez. \_\_\_\_\_

7 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 colspan="4">Année</td> <td colspan="2">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 colspan="4">Année</td> <td colspan="2">Mois</td> </tr> </table>							Année				Mois	
Année				Mois										

8 Avez-vous reçu d'autres traitements (par exemple : électroconvulsivothérapie)?  Oui  Non

**Si oui**, précisez. \_\_\_\_\_

9 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> </tr> <tr> <td colspan="4">Année</td> <td colspan="2">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 colspan="4">Année</td> <td colspan="2">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 colspan="4">Année</td> <td colspan="2">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