

<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** Quelle est la nature des troubles intestinaux ?
- Colite ulcéreuse                       Maladie de Crohn  
 Côlon irritable                         Rectite ulcéreuse  
 Maladie cœliaque (allergie au gluten)  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 du dernier épisode incluant une ou des crises:   

Année
Mois

**4** Nom et adresse de votre médecin traitant: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- 5** Avez-vous déjà consulté ou devez-vous consulter un spécialiste (gastroentérologue, chirurgien ou autres spécialistes)?  Oui  Non
- Si oui**, précisez la date des consultations effectuées ou prévues ainsi que le nom et l'adresse complète de ce ou ces médecins.

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

- 6** 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. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**7** Devez-vous suivre une diète?  Oui  Non **Si oui**, précisez. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8** Avez-vous des complications extra-intestinales telles qu'anémie, arthrite, fistule, hémorragie, perforation, sténose, troubles cutanés, troubles du foie, troubles oculaires, thrombophlébite, etc.?  Oui  Non **Si oui**, précisez. \_\_\_\_\_

**9** Avez-vous déjà passé ou devez-vous passer des tests ou des examens (gastroscopie, colonoscopie, scan, ou autres tests ou examens)?  Oui  Non **Si oui**, précisez.

Type de test ou d'examen	Nom de l'établissement hospitalier	Adresse	Date	Résultat								
_____	_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>					Année	Mois			_____
Année	Mois											
_____	_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>					Année	Mois			_____
Année	Mois											
_____	_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>					Année	Mois			_____
Année	Mois											

**10** 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> </tr> <tr> <td>Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>					Année	Mois		
Année	Mois									
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>					Année	Mois		
Année	Mois									

**11** 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								
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>					Année	Mois		
Année	Mois									
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>					Année	Mois		
Année	Mois									

**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> </tr> <tr> <td>Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>					Année	Mois			_____
Année	Mois								
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>					Année	Mois			_____
Année	Mois								

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