

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

Veillez répondre de manière exacte et complète à toutes les questions ci-dessous.

1. DONNEES ADMINISTRATIVES

Nom

Prénom

Adresse privée

Date de naissance / /

Numéro d'affiliation

2. REMARQUE IMPORTANTE

La procédure d'affiliation sera nettement accélérée si vous transmettez avec ce questionnaire, tout rapport médical relevant dont vous disposeriez déjà.

3. QUESTIONNAIRE MÉDICAL

- 1.a. Avez-vous déjà été examiné pour la souscription d'une assurance? Oui Non
- 1.b. La souscription d'une assurance a-t-elle été refusée pour des raisons médicales ou a-t-elle été conclue avec surprime? Oui Non
- 2.a. Quel est votre poids actuel? kg
- 2.b. Quelle est votre taille? cm
- 2.c. Votre poids a-t-il augmenté de plus de 5 kg ces dernières années? Oui Non
- 2.d. Votre poids a-t-il diminué de plus de 5 kg ces dernières années? Oui Non
- 2.e. Connaissez-vous votre tension artérielle habituelle? Oui Non
- 2.f. Si oui, quelle est cette tension habituelle? /
- 3.a. Avez-vous été au cours de ces 5 dernières années plus de 3 semaines en incapacité de travail (ou d'étude)? Oui Non
- 3.b. Etes-vous actuellement en incapacité de travail? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions précédentes (sauf 2.e.), veuillez préciser la raison, la date, les traitements éventuels:

.....
.....

- 4.a. Avez-vous été hospitalisé au cours de ces 10 dernières années? Oui Non
- 4.b. Avez-vous été victime d'un accident au cours de ces 10 dernières années? Oui Non
- 4.c. Si oui, un taux d'invalidité permanente vous a-t-il été accordé? Oui Non
- 4.d. Si oui, à combien s'élève ce taux? %
- 4.e. Consultez-vous ou avez-vous déjà consulté un médecin spécialiste? Oui Non
- 4.f. Prenez-vous des médicaments de façon régulière? Oui Non

- 4.g. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? Oui Non
- 4.h. Avez-vous déjà subi une radiothérapie ou une chimiothérapie? Oui Non
- 4.i. Avez-vous déjà subi un(e) radiographie, échographie, scanner, résonnance magnétique? Oui Non
- 4.j. Avez-vous déjà subi un(e) électrocardiogramme, électro-encéphalogramme, électromyographie? Oui Non
- 4.k. Avez-vous déjà subi un examen sanguin? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions précédentes, veuillez préciser la raison, la date, les traitements éventuels, l'état actuel (en cas d'accident, veuillez préciser les lésions):

.....

.....

- 5.a. Fumez-vous actuellement? Oui Non
- 5.b. Avez-vous déjà fumé dans le passé? Oui Non
- 5.c. Si oui, quand avez-vous cessé de fumer (année)?
- 5.d. Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes d'alcoolisme? Oui Non
- 5.e. Consommez-vous ou avez-vous consommé des stupéfiants ou des stimulants? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » aux questions 5.d. ou 5.e., veuillez préciser la consommation, la date, les traitements éventuels:

.....

.....

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS SOUFFERT D'UNE DES AFFECTIONS SUIVANTES:

- 6.a. des voies respiratoires (rhinite, sinusite, enrouement, bronchite, asthme,...) Oui Non
- 6.b. du cœur ou du système circulatoire (tension artérielle, palpitations, angine de poitrine, infarctus, souffle cardiaque, oedèmes, varices, ...) Oui Non
- 6.c. du système digestif (maladies de la bouche, oesophagite, gastrite, ulcère, hémorragies, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladie du foie, de la vésicule, du pancréas,...) Oui Non
- 6.d. des os, des muscles ou des articulations (rhumatismes, ostéoporose, tendinites, affections de la colonne vertébrale, lumbago, sciatique,...) Oui Non
- 6.e. des reins, de la vessie, des uretères (calcul rénal, infection rénale ou de la vessie, incontinence, néphropathie,...) Oui Non
- 6.f. des organes sexuels (maladie de la prostate, de l'utérus, des seins, des ovaires,...) Oui Non
- 6.g. des oreilles et de l'organe de l'équilibre (écoulements, troubles de l'audition, vertiges, acouphènes, perforation du tympan, cholestéatome,...) Oui Non
- 6.h. des glandes endocrines et du métabolisme (maladies de la thyroïde, de l'hypophyse, des glandes surrénales, diabète, goutte,...) Oui Non
- 6.i. du sang et du système hématologique (anémie, leucémie, troubles de la coagulation, lymphome,...) Oui Non
- 6.j. de la peau (eczéma, psoriasis, acné grave,...) Oui Non
- 6.k. du système nerveux (paralysie, épilepsie, sclérose en plaques, douleurs chroniques, ...) Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions précédentes, veuillez préciser le diagnostic, la date, les traitements éventuels et la situation actuelle:

.....

.....

.....

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS SOUFFERT DE:

7.a. Infection particulière (Hépatite, SIDA, maladie sexuellement transmissible, tuberculose, maladie de Lyme, maladie tropicale,...) Oui Non

7.b. Maladie cancéreuse Oui Non

7.c. Allergie (rhume des foins, asthme allergique, eczéma allergique,...) Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions précédentes, veuillez préciser le diagnostic, la date, les traitements éventuels et la situation actuelle:

.....

.....

.....

MALADIES DES YEUX:

8.a. Portez-vous des lunettes ou des lentilles? Oui Non

8.b. Si vous présentez une myopie, veuillez indiquer le degré de correction: Gauche: Droit:

8.c. Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une autre maladie des yeux ou d'autres troubles de la vision (par exemple: traumatisme oculaire, inflammation, cataracte, glaucome, daltonisme,...)? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » à la questions 8.c., veuillez préciser le diagnostic, la date, les traitements éventuels et la situation actuelle:

.....

.....

.....

AFFECTIONS PSYCHIQUES:

9.a. Avez-vous connu des problèmes psychologiques ou psychiatriques (par exemple: stress, anxiété, dépression, troubles de la mémoire, tentative de suicide, hallucination, psychose, boulimie, anorexie,...)? Oui Non

9.b. Avez-vous actuellement des problèmes psychologiques? Oui Non

9.c. Avez-vous déjà consulté un psychiatre, un psychologue (ou autre thérapeute)? Oui Non

9.d. Avez-vous déjà pris des médicaments pour des problèmes psychiques? Oui Non

9.e. Avez-vous déjà été incapable de travailler ou de vous rendre aux cours en raison de problèmes psychiques? Oui Non

9.f. Avez-vous déjà été hospitalisé pour des problèmes psychiques? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions précédentes, veuillez préciser le diagnostic, la date, les traitements éventuels, durée de ce traitement et fréquence des entretiens et la situation actuelle:

.....

.....

.....

AFFECTIONS OBSTÉTRICALES (UNIQUEMENT POUR LES CANDIDATS FÉMININS):

10.a. Avez-vous déjà eu une grossesse compliquée? Oui Non

10.b. Avez-vous déjà eu un accouchement compliqué? Oui Non

10.c. Avez-vous déjà souffert de dépression post-natale? Oui Non

10.d. Etes-vous actuellement enceinte? Oui Non

10.e. Si vous êtes enceinte, quelle est la date du terme:

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions précédentes (sauf 10.d.), veuillez préciser le diagnostic, la date, les traitements éventuels et la situation actuelle:

.....

.....

ETAT DE SANTÉ FUTUR:

11.a. Une hospitalisation est-elle prévue dans les 6 prochains mois? Oui Non

11.b. Une intervention chirurgicale est-elle prévue dans les 6 prochains mois? Oui Non

11.c. Une consultation de spécialiste est-elle prévue dans les 6 prochains mois? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions précédentes, veuillez préciser la raison:

.....

.....

AUTRES:

Si vous avez souffert ou souffrez d'une maladie non mentionnée ci-dessus, veuillez préciser (nature, date, traitement, évolution, situation actuelle):

.....

.....

.....

Signature: Date:

