

Questionnaire d'état de santé

Zen Prévoyance Pro Premium



Nom : Prénom :

Profession exacte : Date de naissance :

Indiquez :

Votre taille : cm

Votre poids : kg

RÉPONDEZ PAR OUI OU PAR NON À CHAQUE QUESTION ET COMPLÉTEZ LES RÉPONSES AFFIRMATIVES

QUESTIONS	OUI	NON	COMMENTAIRES
1. Êtes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommation journalière : Cigarette électronique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2. Êtes-vous ou avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 3 semaines consécutives dans les 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? Pourquoi ?
3. Avez-vous ou avez-vous eu un traitement médical de plus de 3 semaines ou une prescription médicale au cours des 5 dernières années (telle que kinésithérapie, psychothérapie, infiltration) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? Lesquelles ? Pourquoi ?
4. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une ou plusieurs maladie(s) ou affections suivante(s) :			
a. Maladie ou affection cardio vasculaire : d'hypertension artérielle, d'artérite, d'un infarctus, de trouble du rythme, d'angine de poitrine, d'une malformation cardiaque, d'une cardiopathie, d'une valvulopathie, d'artériopathie, de phlébite, de trouble circulatoire, de thrombose veineuse, d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident ischémique transitoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? La(es)quelle(s) ? Traitement(s) ? Durée du ou des traitements ? Durée de ou des arrêts de travail ?
b. Maladie ou affection respiratoire : d'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

c. Maladie endocrino-métabolique : de la thyroïde, de l'hypophyse, de diabète, d'élévation du taux de cholestérol, des triglycérides, d'acide urique, ou de toute autre affection du système endocrinien ou métabolique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? La(es)quelle(s) ? Traitement(s) ? Durée du ou des traitements ? Durée de ou des arrêts de travail ?
d. Maladie articulaire : d'une hernie discale, de lombalgie, de cervicalgie, de sciatique, d'un lumbago, d'une ménisectomie, d'une ligamentoplastie, d'arthrose, de polyarthrite, d'une coxarthrose, d'ostéoporose, d'un lupus ou de toute autre affection des os ou articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Maladie digestive : de la maladie de Crohn, d'un ulcère gastrique, de polypes, d'un reflux gastro-œsophagien, de diverticules, de hernie, du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum ou de toute autre affection de l'appareil digestif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Maladie neuro musculaire : d'une épilepsie, de myopathie, de méningite, d'une sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de vertiges, de paralysie, de la maladie d'Alzheimer, d'une neuropathie, d'anomalie de la moelle osseuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Cancer : d'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ ou maligne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Maladie urino-rénale ou génitale : Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, d'une affection du système urinaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. D'endométriose, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou d'une affection gynécologique ou uro-génitale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. Maladie psychique : de dépression, de troubles anxieux, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles alimentaires ou de tentatives de suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

