Questionnaire d'état de santé





Nom : Prénom :					
Pro	fession exacte :	de naissance :			
Indic	quez :				
Voti	re taille : cm		Votr	e poids :kg	
RÉPONDEZ PAR OUI OU PAR NON À CHAQUE QUESTION ET COMPLÉTEZ LES RÉPONSES AFFIRMATIVES					
	QUESTIONS	OUI	NON	COMMENTAIRES	
1.	Êtes-vous fumeur ?			Consommation journalière :	
2.	Êtes-vous ou avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 3 semaines consécutives dans les 5 dernières années ?			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)?			Quand ?	
4.	Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une ou plusieurs maladie(s) ou affections suivante(s): 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?			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 ?				



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 ?		
d.	Maladie articulaire : d'une hernie discale, de lombalgie, de cervicalgie, de sciatique, d'un lumbago, d'une méniscectomie, d'une ligamentoplastie, d'arthrose, de polyarthrite, d'une coxarthrose, d'ostéoporose, d'un lupus ou de toute autre affection des os ou articulations ?		
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?		Quand ?
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 ?		La(es)quelle(s) ? Traitement(s) ? Durée du ou des traitements ? Durée de ou des arrêts de travail ?
g.	Cancer : d'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ ou maligne ?		
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 ?		
i.	D'endométriose, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou d'une affection gynécologique ou uro-génitale ?		
j.	Maladie psychique : de dépression, de troubles anxieux, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles alimentaires ou de tentatives de suicide		



k.	Dermatologique : d'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus,?		
l.	Ophtalmologique : d'une cécité (même unilatérale), d'un glaucome, d'une dégénérescence maculaire,?		Quand ?
m	ORL : d'une surdité (même unilatérale), d'acouphènes, de vertiges de Ménière, ?		La(es)quelle(s) ? Traitement(s) ? Durée du ou des traitements ?
n.	D'une hépatite, d'anémie, de trouble de la coagulation ou hématologique ?		Durée de ou des arrêts de travail ?
0.	D'une maladie infectieuse, virale, parasitaire ou de paludisme ?		
p.	D'une maladie auto-immune ?		
5.	Avez-vous eu un accident ayant laissé des séquelles ou présentez-vous un handicap ou une infirmité congénital(e) ?		Quand ? Lesquelles ?
6.	Avez-vous été ou êtes-vous bénéficiaire :		
a.	d'une rente d'invalidité ?		
b.	d'un infirmité ou d'une incapacité permanente partielle ou totale ?		Pourquoi ?
c.	d'une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale ou tout organisme équivalent au titre d'une affection de longue durée ou une demande est-elle en cours ?		Depuis quand ?À quel taux ?
7.	Au cours des 10 dernières années, avezvous subi un traitement par radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, iode actif?		Laquelle ?
8.	Au cours des 5 dernières années avezvous été hospitalisé ou opéré ?		Quand ?
9.	Avez-vous subi un test de dépistage du VIH, de l'hépatite B, C dont le résultat s'est révélé anormal ?		Lequel ?Quand ?
10.	Au cours des 5 dernières années vous a-t-on fait des examens qui auraient révélé des anomalies (analyse biologique, radio, électrocardiogramme, échographie, scanner) ?		Lesquelles ?
11.	Avez-vous déjà fait l'objet d'un refus, d'une surprime ou d'une exclusion lors d'une demande d'assurance ?		Motif d'aggravation ?



12.	Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté, au cours des 10 dernières années :				
a.	d'une douleur ou une affection de la colonne vertébrale ayant nécessité un arrêt de travail et/ou un traitement de plus de 15 jours, (anti-douleur, infiltrations, kinésithérapie, ceinture lombaire)?			Quand ? La(es) quelle(s) ? Traitements ?	
b.	une affection psychique ou psychiatrique (anxiété, trouble bipolaire, dépression, névrose, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, burn-out) ayant nécessité un arrêt de travail et/ou un traitement de plus de 15 jours ?			Quand ? La(es) quelle(s) ? Traitements ?	
13.	Pour les femmes : Êtes-vous actuellement enceinte ? Avez-vous eu des complications lors de grossesses ou accouchements ?			De combien de mois ?	
14.	Au cours des 12 prochains mois, devezvous être hospitalisé(e) ou opéré(e) ou réaliser des investigations médicales à visée diagnostique ?			Lesquels ? Quand ?	
toute	·			s ci-dessus et reconnais savoir que toute réticence, re conformément à l'article L113-8 du code des	
Fait à	:			Le:	
Signa	ture précédée de la mention « lu et approi	uvé »			

