



WARNING

DND 2552 - Patient Questionnaire is categorized as "**CAN PROTECTED B**" information once completed.

In accordance with the National Defence Security Orders and Directives (NDSOD), Chapter 6: Security of Information and Standard 6: Security of Information Standards, DND and CAF information must be appropriately protected from unauthorized access, use, disclosure, modification, transmission, disposal or destruction throughout its lifecycle.

When completed, "**CAN PROTECTED B**" forms **MUST NOT BE SAVED UNENCRYPTED** on any network, workstation drive or storage media, and **MUST BE ENCRYPTED USING THE DND ISSUED PKI SMARTCARD**.

Failure to respect these requirements is a security incident that must be reported to the local ISSO, and may result in administrative or disciplinary measures.

AVIS

Le **DND 2552 - DND 2552 - Questionnaire du patient** est classé dans la catégorie des renseignements « **CAN PROTÉGÉ B** » une fois rempli.

Conformément aux Ordonnances et directives de sécurité de la Défense nationale (ODSDN), chapitre 6 : Sécurité de l'information et norme 6 : Normes de sécurité de l'information, les renseignements du MDN et du FAC doivent être protégés adéquatement tout au long de leur cycle de vie contre les actes non autorisés d'accès, d'utilisation, de divulgation, de modification, de transmission, d'élimination ou de destruction.

Une fois remplis, les formulaires « **CAN PROTÉGÉ B** » **NE DOIVENT PAS ÊTRE SAUVEGARDÉS SANS ÊTRE CHIFFRÉS** sur quelque réseau, lecteur de poste de travail ou support de données que ce soit et **DOIVENT ÊTRE CHIFFRÉS À L'AIDE DE LA CARTE À PUCE DE L'ICP DU MDN**.

Le non-respect de cette exigence constitue un incident de sécurité qui doit être signalé à l'OSSI local et peut donner lieu à des mesures administratives ou disciplinaires.



Periodic Health Assessment / Examen de santé périodique

Patient Questionnaire / Questionnaire du patient

SN - NM	Surname - Nom de famille		Given name - Prénom		DOB - DDN (yyaa/mm/dj)
Rank - Grade	MOS ID - ID SGPM	Sex - Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Res <input type="checkbox"/> Reg	Home unit - Unité d'appartenance	
General Health	1. In general, would you say your health is: / En général, diriez-vous que votre santé est : <input type="checkbox"/> Excellent / Excellente <input type="checkbox"/> Very good / Très bonne <input type="checkbox"/> Good / Bonne <input type="checkbox"/> Fair / Passable <input type="checkbox"/> Poor / Mauvaise				
	2. Compared to <u>one year ago</u> , how would you rate your health in general now? <i>Comparativement à l'an dernier, comment évaluez-vous votre santé générale actuelle?</i> <input type="checkbox"/> Much better now than one year ago / Bien meilleure que l'an dernier <input type="checkbox"/> Somewhat better now than one year ago / Un peu mieux que l'an dernier <input type="checkbox"/> About the same as one year ago / A peu près la même que l'an dernier <input type="checkbox"/> Somewhat worse now than one year ago / Un peu moins bonne que l'an dernier <input type="checkbox"/> Much worse now than one year ago / Bien moins bonne que l'an dernier				
	3. Marital status / Situation de famille <input type="checkbox"/> Married/Living common law / Marié(e)/Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Widowed / Veuf/veuve <input type="checkbox"/> Separated / Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorced / Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Single, never married / Célibataire, ne s'étant jamais marié(e)				
Alcohol and Drugs	4. How often do you have a drink containing alcohol? / A quelle fréquence buvez-vous des breuvages alcoolisés? <input type="checkbox"/> Never / Jamais <input type="checkbox"/> Monthly or less / Une fois ou moins par mois <input type="checkbox"/> Two to four times a month / 2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/> Two or three times a week / 2 ou 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> Four or more times a week / 4 fois ou plus par semaine				
	5. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking? <i>Combien de breuvages alcoolisés consommez-vous normalement en une journée lorsque vous buvez?</i> <input type="checkbox"/> 1 or 2 / 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 3 or 4 / 3 ou 4 <input type="checkbox"/> 5 or 6 / 5 ou 6 <input type="checkbox"/> 7 to 9 / 7 à 9 <input type="checkbox"/> 10 or more / 10 ou plus				
Alcohol and Drugs	6. How often do you have six or more drinks on one occasion? <i>À quelle fréquence buvez-vous six consommations ou plus en une seule occasion?</i> <input type="checkbox"/> Never / Jamais <input type="checkbox"/> Less than monthly / Moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> Monthly / Chaque mois <input type="checkbox"/> Weekly / Chaque semaine <input type="checkbox"/> Daily or almost daily / Tous les jours ou presque				
	7. In the last year, have you ever drunk or used drugs more than you meant to? <i>Pendant la dernière année, avez-vous déjà consommé plus d'alcool ou de drogues que vous en aviez l'intention?</i> <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> Yes / Oui				
	8. Have you felt you wanted or needed to cut down on your drinking or drug use in the last year? <i>Pendant la dernière année, avez-vous senti que vous vouliez diminuer votre consommation d'alcool ou de drogues ou que vous aviez besoin de le faire?</i> <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> Yes / Oui				

État général de santé

Drogues et alcool

Drogues et alcool

SN - NM	Surname - Nom de famille	Given name - Prénom	DOB - DDN (yyaa/mm/dj)
---------	--------------------------	---------------------	------------------------

9. At the present time, how often do you smoke cigarettes? / *Actuellement, à quelle fréquence fumez-vous la cigarette?*

- ☐ **Not at all / Pas du tout**
☐ **Occasionally / Occasionnellement**
☐ **Every day / Chaque jour**

If you are an ex-smoker, when did you quit? / *Si vous êtes un(e) ancien(ne) fumeur(euse), quand avez-vous arrêté?*

- ☐ **< 6 months ago / moins de 6 mois**
☐ **> 6 months ago / plus de 6 mois**

How much do you smoke? / *Combien de cigarette fumez-vous?*

cigarettes per day or / *par jour ou*

cigarettes per week / *par semaine*

Are you interested in stopping smoking in the next six months? / *Désirez-vous arrêter de fumer dans les six prochains mois?*

- ☐ **No - Non** ☐ **Yes - Oui**

Are you thinking about stopping in the next month? / *Pensez-vous arrêter le mois prochain?*

- ☐ **No - Non** ☐ **Yes - Oui**

In the last year, how many times have you quit for at least 24 hours? / *Pendant la dernière année, combien de fois vous êtes-vous arrêté pendant au moins 24 heures?*

times / *fois*

10. Do you use any alternative forms of tobacco e.g. pipe, cigar, chewing tobacco, snus? / *Utilisez-vous d'autres formes de tabac, p. ex., la pipe, le cigare, le tabac à mâcher, le snus?*

- ☐ **No - Non** ☐ **Yes - Oui**

11. Considering a 7-day period (a week), how many times, on average, do you do the following kinds of exercise for more than 15 minutes (write in each box the appropriate number including both military and freetime exercise). / *Prenant en considération une période de 7 jours (une semaine), combien de fois, en moyenne, faites-vous les types d'exercice suivant pendant plus de 15 minutes (écrivez le chiffre approprié dans chaque boîte incluant tout exercice durant les heures de travail et de loisir).*

i. STRENUOUS EXERCISE (HEART BEATS RAPIDLY) (e.g. running, jogging, hockey, football, soccer, squash, basketball, cross country skiing, judo, roller skating, vigorous swimming, vigorous long distance bicycling, circuit training, intense weightlifting and calisthenics) / *EXERCICE VIGOUREUX (COEUR BAT RAPIDEMENT) (p.ex., course, jogging, hockey, football, soccer, squash, basket-ball, ski de fond, judo, patin à roulettes, nage rapide, cyclisme rapide sur une longue distance, entraînement en circuit, entraînement intensif aux poids et haltères et callisthénie)*

Times a week / *Fois par semaine*

ii. MODERATE EXERCISE (NOT EXHAUSTING) (e.g. fast walking, baseball, tennis, easy bicycling, volleyball, badminton, easy swimming, alpine skiing, popular and folk dancing, easy weightlifting and calisthenics) / *EXERCICE MODÉRÉ (NON ÉPUISANT) (p.ex., marche rapide, baseball, tennis, cyclisme à effort modéré, volley-ball, badminton, nage à effort modéré, ski alpin, danse populaire ou folklorique, entraînement modéré aux poids et haltères et callisthénie)*

Times a week / *Fois par semaine*

iii. MILD EXERCISE (MINIMAL EFFORT) (e.g. yoga, archery, fishing from river bank, bowling, horseshoes, golf, snow-mobiling, easy walking) / *EXERCICE DOUX (EFFORT MINIMAL) (p.ex. yoga, tir à l'arc, pêche sur la berge, quilles, fers à cheval, golf, moto-neige et marche facile)*

Times a week / *Fois par semaine*

12. Which physical fitness test do you routinely perform? / *Quel test de santé physique faites-vous régulièrement?*

- ☐ **FORCE test / Test Évaluation Force**
☐ **Battle Fitness Test / Test d'aptitude physique au combat**
☐ **Both / Les deux**

13. Did you perform your annual FORCE Test or Battle Fitness Test (BFT) in the last twelve months? / *Avez-vous fait l'Évaluation Force ou le test d'aptitude physique au combat (TAPC) annuels au cours des 12 derniers mois?*

- ☐ **Yes - Oui**
☐ **No - Non**

How did you do? / *Quel a été votre résultat?*

- ☐ **Passed all parts / Réussite de toute les parties**
☐ **Failed one or more parts of the test / Éches à l'une ou plusieurs parties du test**

Why not? / *Pourquoi pas?*

- ☐ **Not tested / Pas testé(e)**
☐ **Incentive exempt / Exemption liée à une mesure d'encouragement**
☐ **Medically excused / Exemption pour raisons médicales**

Smoking

Smoking

Fitness and Exercise

Fitness and Exercise

Tabagisme

Tabagisme

Condition physique et activité physique

SN - NM	Surname - Nom de famille	Given name - Prénom	DOB - DDN (yyaa/mm/dj)
---------	--------------------------	---------------------	------------------------

Sexual Health

14. Do you have any problems with sexual function, for example, decreased libido (sex drive), erectile dysfunction, etc? / Avez-vous des problèmes avec la fonction sexuelle, par exemple, la diminution de la libido, troubles de l'érection, etc? ☐ No - Non ☐ Yes - Oui

15. Sexually transmitted infections (STIs) are a common problem. Risk factors for STIs include but are not limited to the following: / Les infections transmissibles sexuellement constituent un problème courant. Voici quelques facteurs de risque d'infection transmissible sexuellement (ITS) :

- Sexual contact with person(s) with known STIs
- Sexual contact with prostitutes
- More than two sexual partners in the previous 12 months
- A new sexual partner in the last 2 months
- No contraception or the use of non-barrier methods
- Injection drug use
- Persons immigrating from or having sex in countries where certain STIs are currently epidemic, and their sexual partners
- Men who have sex with men
- Sexually active women less than 25 years of age
- Contact sexuel avec une ou des personnes que l'on sait atteinte(s) d'une infection transmissible sexuellement
- Contact sexuel avec des prostituées
- Plus de deux partenaires sexuels au cours des douze derniers mois
- Un nouveau partenaire sexuel au cours des douze derniers mois
- Absence de méthode contraceptive ou utilisation d'une seule méthode non barrière
- Consommation de drogues injectables
- Personnes immigrantes de pays où certaines ITS sont très répandues ou ayant des relations sexuelles dans ces pays, ainsi que leurs partenaires sexuels
- Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
- Femmes de moins de 25 ans actives sexuellement

If you have any of these risk factors, it is highly advisable that you discuss this with your health care provider so that appropriate tests can be ordered / Si vous êtes visé par l'un ou l'autre de ces facteurs de risque, il vous est fortement recommandé d'en parler avec le fournisseur de soins de santé qui examinera vos réponses au questionnaire de sorte que les analyses appropriées puissent être demandées.

☐ I am at risk / Je pourrais être une personne à risque ☐ I am not at risk / Je ne suis pas une personne à risque

Nutrition

16. Canada's Food Guide recommends 8-10 servings per day of fruit and vegetables for men aged 19 to 50, 7-8 servings per day for women aged 19 - 50, and 7 servings per day for either sex in those aged 51 or older. How often do you consume adequate amounts of fruits or vegetables according to these guidelines? / Le guide alimentaire canadien recommande 8-10 portions par jour de fruits et légumes pour les hommes âgés de 19 à 50 ans, 7 à 8 portions par jour pour les femmes âgées de 19 à 50 ans, et 7 portions par jour pour toutes les personnes âgées de 51 ans et plus. À quelle fréquence mangez-vous des fruits et légumes selon les quantités recommandées?

- ☐ Every day / Chaque jour
- ☐ 4-6 times per week / 4 à 6 fois par semaine
- ☐ 1-3 times per week / 1 à 3 fois par semaine
- ☐ Less than once per week / Moins d'une fois par semaine

17. In your professional and private life, how frequently do you use safety precautions such as seatbelts, bike helmets or life jackets? / Dans votre vie professionnelle et privée, à quelle fréquence vous servez-vous de précautions de sécurité telles que les ceintures de sécurité, les casques de vélo, ou les gilets de sauvetage?

- ☐ Always / Toujours
- ☐ Sometimes / Quelquefois
- ☐ Never / Jamais

Mental Health

18. Over the last two weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? / Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils inquiétés?

i. Little interest or pleasure in doing things / Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des activités

- ☐ Not at all / Jamais
- ☐ Several days / Plusieurs jours
- ☐ More than half the days / Plus d'un jour sur deux
- ☐ Nearly every day / Presque tous les jours

ii. Feeling down, depressed or helpless / Épuisement, dépression ou désespoir

- ☐ Not at all / Jamais
- ☐ Several days / Plusieurs jours
- ☐ More than half the days / Plus d'un jour sur deux
- ☐ Nearly every day / Presque tous les jours

19. In the past 12 months, have you seriously considered committing suicide or taking your own life? / Pendant les douze derniers mois, avez-vous sérieusement songé à vous suicider ou à vous donner la mort?

☐ No - Non ☐ Yes - Oui

Santé en matière de sexualité

Nutrition

Santé mentale

SN - NM	Surname - Nom de famille	Given name - Prénom	DOB - DDN (yyaa/mm/dj)
---------	--------------------------	---------------------	------------------------

Mental Health

20. In your life, have you ever had any experience that was so frightening, horrible or upsetting that, in the last four weeks, you... / Avez-vous déjà vécu une expérience si terrifiante, si horrible, ou si perturbante qu'au cours des quatre dernières semaines, vous...
- i. have had nightmares about it or thought about it when you did not want to? / avez eu des cauchemars à ce sujet ou vous y avez pensé même quand vous vouliez l'oublier? ☐ No - Non ☐ Yes - Oui
 - ii. tried hard not to think about it or went out of your way to avoid situations that reminded you of it? / avez dû faire de gros efforts pour ne pas y penser ou prendre de grands moyens pour éviter les situations qui vous rappelleraient l'événement? ☐ No - Non ☐ Yes - Oui
 - iii. were constantly on guard, watchful, or easily startled? / avez été constamment sur le qui-vive ou facile à faire sursauter? ☐ No - Non ☐ Yes - Oui
 - iv. felt numb or detached from others, activities, or your surroundings? / vous êtes senti(e) indifférent(e) ou détaché(e) par rapport aux autres, à vos activités ou à votre environnement? ☐ No - Non ☐ Yes - Oui

Santé mentale

Mental Health

21. At the present time, are you concerned, pre-occupied or worried about any of the following: / En ce moment-ci, êtes-vous préoccupé ou inquiet au sujet de l'une des choses suivantes :

If yes, specify briefly / Si oui, spécifiez brièvement

- i. Personal/family relationships / Vos relations interpersonnelles ou familiales ☐ No - Non ☐ Yes - Oui
- ii. Work/professional relationships / Votre travail ou vos relations professionnelles ☐ No - Non ☐ Yes - Oui
- iii. Financial problems / Des problèmes financiers ☐ No - Non ☐ Yes - Oui
- iv. Other issues / D'autres problèmes ☐ No - Non ☐ Yes - Oui

Santé mentale

22. Do you want to discuss with your health care provider any concerns that your physical and/or mental health may have been affected by any exposure (e.g. chemicals, poor air quality, mosquito-borne disease, mould, radiation, vaccinations, etc.) in your working or living environments, including on deployment? / Voulez-vous parler avec votre professionnel(le) de la santé d'inquiétudes que votre santé physique et/ou mentale a été affectée par une exposition à un ou plusieurs éléments (p.ex. produits chimiques, pauvre qualité de l'air, insectes porteurs de maladie, moisissures, irradiation, vaccins, etc.) lors de votre travail (ceci inclut les déploiements)?

☐ No - Non ☐ Yes - Oui →

Please specify / veuillez spécifier

23. Have you experienced ringing in your ears or difficulty hearing following a work shift in the past 2 years? / Avez-vous eu des bourdonnements d'oreilles ou de la difficulté à entendre après une période de travail au cours des deux dernières années?

☐ No - Non ☐ Yes - Oui

24. Have you been treated since your last Periodic Health Assessment for what you consider a significant condition? / Depuis votre dernier examen de santé périodique, avez-vous été traité pour ce que vous considérez une affection importante?

☐ No - Non ☐ Yes - Oui →

Please specify / veuillez spécifier

25. Do you have any allergies (medication or environmental)? / Avez-vous des allergies (de médicaments ou de l'environnement)?

☐ No - Non ☐ Yes - Oui →

Please specify / veuillez spécifier

26. What medications do you currently take (including prescription, over-the-counter, herbal supplements, vitamins)? / Quels médicaments prenez-vous actuellement (médicaments prescrits, médicaments en vente libre, produits à base de plantes médicinales, vitamines)?

Please specify / veuillez spécifier

SN - NM	Surname - Nom de famille	Given name - Prénom	DOB - DDN (yyaa/mm/dj)
---------	--------------------------	---------------------	------------------------

Deployments

Déploiements

27. Please list your six most recent operational deployments (including domestic operations such as Ontario/Quebec ice storms, Swissair 111 crash), starting with the most recent deployment first: / *Veillez faire une liste de vos six déploiements opérationnels les plus récents (veuillez inclure les opérations domestiques telles que les opérations tempête de verglas Ontario/Québec, accident Swissair 111), en commençant avec votre déploiement le plus récent en premier:*

Operation name / Nom de l'opération (e.g./p.ex. Athena)	Location / Endroit (e.g./p.ex. Afghanistan)	Year returned / Année de retour

28. Are you or have you ever seen a health professional about your emotional or mental health? / *Consultez-vous ou avez-vous déjà consulté un/une professionnel(le) de la santé à propos de votre santé émotionnelle ou mentale?*

☐ No - Non☐ Yes - Oui

Please specify / veuillez spécifiez

29. Do you think that any of the concerns mentioned on this form are related to deployment? / *Pensez-vous que certaines inquiétudes mentionnées sur ce formulaire sont liées aux déploiements?*

☐ No - Non☐ Yes - Oui☐ Don't know/unsure / Ne sait pas/incertain☐ N/A - S.O.

Please specify / veuillez spécifiez



30. Are you currently receiving a pension or have you received a lump sum payment from Veterans Affairs Canada (VAC) for any medical condition? / *Recevez-vous actuellement une pension ou avez-vous reçu un paiement forfaitaire d'Anciens Combattants Canada (ACC) pour un trouble médical quelconque?*

☐ No - Non☐ Yes - Oui

Please specify / veuillez spécifiez

31. Do you plan to apply for a pension from VAC? / *Prévoyez-vous demander une pension à ACC?*

☐ No - Non☐ Yes - Oui☐ Don't know/unsure / Ne sait pas/incertain

Please specify / veuillez spécifiez



SN - NM	Surname - Nom de famille	Given name - Prénom	DOB - DDN (yyaa/mm/dj)
---------	--------------------------	---------------------	------------------------

32. Do you have any concerns or questions that you wish to discuss or bring to the attention of your health care provider? / Avez-vous des inquiétudes dont vous voudriez faire part à votre fournisseur de soins de santé ou des questions à lui poser?

☐ No - Non

☐ Yes - Oui

Please specify / veuillez spécifier

Privacy Notice Statement - Personal Information collected on this form is used to determine or verify the suitability of an individual to serve in the Canadian Armed Forces (CAF). It is collected under the authority of the *National Defence Act* and the *Queen's Regulations and Orders* for the CAF and is protected by the provisions of the *Privacy Act*. The completion of this form is mandatory. A refusal to provide information will lead to a review of whether the person is eligible to hold a position or is fit to perform duties as a serving member of the CAF. In limited and specific situations, your personal information may be disclosed without your consent in accordance with subsection 8(2) of the *Privacy Act*. The collection of personal information is described online in Info Source. Refer to the personal information bank DND PPE 810 – Medical records. In addition to protecting your personal information, the *Privacy Act* gives you the right to request access to and correction of your personal information. For more information about these rights, or about our privacy practices, please contact the DND/CAF Access to Information and Privacy Coordinator. You also have the right to file a complaint with the Privacy Commissioner of Canada regarding our handling of your personal information.

Énoncé sur la protection des renseignements personnels - Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire sont utilisés pour déterminer ou vérifier l'aptitude d'un individu à servir dans les Forces armées canadiennes (FAC). Ils sont recueillis en vertu de la *Loi sur la défense nationale* et les *Ordonnances et Règlements royaux* applicables aux FAC et protégés par les dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Il est obligatoire de remplir ce formulaire. Le refus de fournir des informations conduira à un examen du point de savoir si la personne est admissible à un poste ou apte à accomplir les tâches en tant que militaire actif des FAC. Dans des situations précises et limitées, vos renseignements personnels peuvent être divulgués sans votre consentement conformément au paragraphe 8 (2) de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Cette collecte de renseignements personnels est décrite en ligne dans la section Info Source. Consulter le Fichier de renseignements personnels MDN PPE 810 – Dossiers Médicaux. En plus d'assurer la protection de vos renseignements personnels, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* vous donne le droit d'accéder aux renseignements qui vous concernent et de les faire corriger. Pour en savoir plus sur ces droits ou sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, communiquez avec le coordonnateur de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels du MDN et des FAC. Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada concernant le traitement de vos renseignements personnels.

Date (yyaa/mm/dj)	Patient signature / Signature du patient
-------------------	--