

Nom de l'adhérent(e)		Nom de l'employeur	
Adresse de l'adhérent(e)			
Téléphone à la maison		Téléphone au travail	
Nom de la personne à assurer <input type="checkbox"/> Adhérent(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant 			
Occupation		Date de naissance <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin 	
1. a) Grandeur : ____ pi ____ po ou ____ cm Poids : ____ lb ou ____ kg		1. b) Perte de poids depuis 1 an? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien : ____ lb ____ kg Raison : _____	
2. a) Nom et adresse de votre médecin de famille ou de votre clinique habituelle : _____			
b) Date et raison de la dernière consultation : _____		Résultats : _____	
c) Description des malaises ayant motivé cette consultation : _____			
d) Examens subis : _____		Résultats : _____	
e) Examens futurs recommandés : _____		Traitement ou médicament prescrit : _____	
3. Avez-vous déjà consulté ou été soigné pour l'une ou l'autre des maladies ou des affections énumérées ci-après, été avisé que vous en étiez atteint ou en avez-vous déjà ressenti les symptômes :			Oui Non
a) Affection des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Étourdissements, pertes de conscience, convulsions, épilepsie, céphalée, paralysie, paresthésie, engourdissement, maladie neurologique, méningite, maladie du motoneurone, sclérose latérale amyotrophique (SLA), sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, maladie dégénérative;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Essoufflements, toux ou enrouements persistants, crachements de sang, bronchite chronique, pleurésie, asthme, emphysème, apnée du sommeil ou autre trouble respiratoire;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) Douleurs dans la poitrine, palpitations, tension artérielle élevée, fièvre rhumatismale, souffle cardiaque, crise cardiaque, angine, cardiomyopathie, hypertrophie du coeur, hypertension pulmonaire, ECG anormal, accident cérébrovasculaire (ACV), ischémie cérébrale transitoire (ICT), troubles du rythme cardiaque, maladie vasculaire périphérique, enflure des chevilles, phlébite ou tout autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e) Hépatite, porteur d'hépatite, cirrhose, jaunisse, hémorragie intestinale, ulcère, colite, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, iléite, diverticulite ou tout autre trouble de l'oesophage, de l'estomac, des intestins, du foie ou du pancréas;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f) Sucre, sang, pus ou protéines dans l'urine, maladie rénale chronique, insuffisance rénale, néphrite, calculs ou autres troubles des reins, de la vessie, de la prostate, des testicules, des organes reproducteurs, d'une maladie transmise sexuellement, trouble des seins y compris masse, bosse, kyste, autres changements physiques ou résultats anormaux de mammographie ou de biopsie;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g) Diabète, troubles de la thyroïde, taux de cholestérol élevé ou autre affection glandulaire;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h) Dépression, anxiété, trouble d'adaptation, trouble de panique, épuisement professionnel (burn out), maladie bipolaire, fatigue chronique, insomnie, tentative de suicide, idées suicidaires, trouble alimentaire, trouble de l'attention et hyperactivité (TDAH), schizophrénie, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme ou tout autre trouble de santé mentale;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i) Lupus, sclérodémie, dystrophie musculaire, goutte, trouble ou douleur au dos et au cou, arthrose, hernie discale, entorse, tendinite, bursite, arthrite, arthrite rhumatoïde ou tout autre trouble des os, des muscles, des ligaments ou des articulations telles que les épaules, coudes, poignets, mains, hanches, genoux, chevilles ou pieds;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j) Infirmité, difformité, boiterie ou amputation;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k) Cancer ou tumeur, kyste, polype, grain de beauté, masse ou excroissance, maladie de la peau ou des ganglions;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
l) Syndrome immuno-déficitaire acquis (SIDA), affection reliée au SIDA (ARS), VIH positif ou toute autre déficience du système immunitaire, subi un test indiquant la présence du virus du SIDA ou d'anticorps au virus du SIDA ou trouble du sang tel que l'anémie et les troubles de coagulation;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m) Autre désordre physique ou mental non-mentionné ci-dessus ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Depuis 5 ans, avez-vous :			
a) consulté un chiropraticien, un physiothérapeute, un psychologue, un acupuncteur, un audiologiste, un ergothérapeute, un orthophoniste, un ostéopathe, un podiatre ou tout autre professionnel de la santé ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) eu un électrocardiogramme (repos ou effort), un échocardiogramme, une radiographie, une résonance magnétique, des examens sanguins, une biopsie ou tout autre test ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) été admis comme patient dans un hôpital ou une clinique ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Prenez-vous des médicaments, recevez-vous des traitements ou suivez-vous une diète ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Prévoyez-vous recevoir un traitement médical, être hospitalisé ou subir un traitement, une opération ou tout autre test, ce qui n'aurait pas encore été fait ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Prévoyez-vous consulter un professionnel de la santé tel un psychologue, un chiropraticien, un ostéopathe ou autres?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Présentez-vous des symptômes ou des signes pour lesquels vous n'avez pas encore cherché un traitement ou consulté un médecin ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Au cours des 5 dernières années, vous êtes-vous absenté de votre travail ou avez-vous cessé de vaquer à vos occupations régulières, pour une période de 7 jours ou plus, en raison de maladie ou blessure ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Fournir les renseignements demandés pour chaque réponse répondue "OUI" aux questions 3 à 9. Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire dûment datée et signée.

Question N°	Maladies / Troubles	Date du début	Fréquence des épisodes	Médicaments / Traitements	Date du rétablissement ou état actuel

