

Section C – Déclaration de santé

Les personnes âgées de plus de 45 ans doivent fournir des documents concernant l'examen physique général en plus de la déclaration de santé.

Questions:	Adulte majeur 1	Adulte majeur 2	Enfant				Renseignements complémentaires (Merci de joindre les documents justificatifs adéquats)
			1	2	3	4	
Questions d'ordre général (elles concernent chaque membre de la famille):	Inscrivez «0» pour une réponse affirmative, et «N» pour une réponse négative. En cas de réponse affirmative, veuillez préciser dans le tableau et joindre des documents médicaux.						
1. Taille							
2. Poids en kg							
3. Tour de taille							
4. Êtes-vous fumeur(se)? Si oui, depuis combien de temps? Combien de cigarettes fumez-vous par jour?							
5. Si vous avez été fumeur(se) dans le passé, quand avez-vous arrêté? Pendant combien de temps avez-vous fumé? Combien de cigarettes fumiez-vous par jour?							
6. Êtes-vous atteint d'une incapacité partielle ou totale quant à l'accomplissement de l'une ou de plusieurs des fonctions suivantes: marcher, vous tenir debout, vous asseoir, vous habiller, vous laver, manger, boire. Souffrez-vous d'incontinence ?							
7. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une quelconque maladie depuis un an? Précisez la nature de la maladie et sa durée.							
8. Avez-vous pris ou prenez-vous des médicaments régulièrement? Précisez quels médicaments.							
9. Avez-vous été hospitalisé(e) ou admis(e) dans quelque institution médicale qui soit? Précisez la date et le motif de votre admission, ainsi que le traitement que vous y avez reçu.							
10. Avez-vous été opéré(e)? Précisez la date et la nature de l'opération.							
11. Devez-vous recevoir un traitement médical qui nécessite une opération ou une hospitalisation?							
12. Faites-vous usage d'alcool ou de drogues diverses?							
13. Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un quelconque examen médical (IRM, scanner, scintigraphie, mammographie)?							
14. Avez-vous effectué une analyse en laboratoire ou un examen médical depuis un an ? Précisez le motif, la date et les résultats (y compris les résultats hors normes).							
15. Souffrez-vous d'une quelconque maladie chronique (active ou latente)?							
16. Vous a-t-on diagnostiqué une maladie auto-immune, en particulier le Lupus (LED)?							
17. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une quelconque maladie infectieuse?							
18. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous perdu 6 kg ou plus?							
19. Souffrez-vous de fatigue?							
20. Souffrez-vous de toux chronique?							
21. Avez-vous connaissance d'un quelconque problème médical (y compris des malformations congénitales) dont vous souffriez et qui n'est pas mentionné dans cette déclaration ?							
22. Avez-vous reçu des soins spéciaux à domicile? Si oui, quand et de quelle nature?							
23. Avez-vous été victime d'un accident de voiture/de travail/ou autre?							
24. Êtes-vous ou avez-vous été sous surveillance médicale / sous suivi quelconque / psychologique / psychiatrique?							
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de l'une des maladies suivantes?							
25. Maladie du cerveau et du système nerveux, paralysie, perte de connaissance, épilepsie, troubles moteurs, troubles psychiatriques, neurologiques (AIT, AVC, démence, Alzheimer, épuisement émotionnel).							
26. Maladie du système respiratoire, asthme, tuberculose, infection pulmonaire chronique, hémoptysie, BPCO, pneumothorax.							
27. Maladie cardiovasculaire de toute nature, hypertension artérielle.							
28. Maladie du système digestif, foie, vésicule biliaire, hernie et hémorroïdes.							

