HUMANIA ASSURANCE MD®

Questionnaire concernant les douleurs dans le dos

Identification

Numéro de police :

Nom de la personne à assurer :

Prénom de la personne à assurer :

Date de naissance : année / mois / jour

Section douleurs dans le dos

1. Avez-vous déjà eu des douleurs au dos, ou au cou ? ☐ Oui ☐ Non

Date du 1er épisode : année / mois / jour Date du dernier épisode : année / mois / jour

Fréquence des épisodes : fois par semaine fois par mois fois par année

Durée moyenne pour chaque épisode (en jours) :

a) Dans quelle partie du dos la douleur était-elle localisée ?

☐ Cou (partie cervicale) ☐ Centre (partie dorsale) ☐ Bas (partie lombaire et/ou lombo-sacrée)

b) La douleur irradiait-elle dans d'autres parties du corps ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, à quelles parties ? :

c) Avez-vous eu des radiographies ou d'autres tests (scan, imagerie par résonance magnétique, etc) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quel(s) test(s) s'agit-il :

Quels furent les résultats :

d) Quel fut le diagnostic (ou les diagnostics, si plus d'un épisode) ?

e) Quel fut le (ou les) traitement(s) prescrit(s) ?

2. Prenez-vous des médicaments actuellement ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez le nom du ou des médicaments ?

4100-503-fr
2021/08

douleurs dans le dos (suite)

3. Avez-vous arrêté de travailler à cause de la douleur ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date de l'arrêt de travail : année / mois / jour Date de retour au travail : année / mois / jour

Si plus d'un arrêt de travail, veuillez indiquer les dates de début et de fin pour chaque épisode :

4. Avez-vous été hospitalisé à cause de douleurs au dos ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez le nom et l'adresse du Centre Hospitalier :

Date début de l'hospitalisation : année / mois / jour Date fin de l'hospitalisation : année / mois / jour

5. Avez-vous subi une chirurgie à cause de douleurs au dos ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quelle chirurgie s'agit-il ?

Nom et adresse du médecin et du Centre Hospitalier où la chirurgie a eu lieu :

6. Vous a-t-on conseillé de subir une chirurgie à cause de vos douleurs ou dos ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quelle chirurgie s'agit-il ?

Si une chirurgie est déjà prévue, veuillez indiquer la date approximative à laquelle elle aura lieu : année / mois / jour

Nom et adresse du médecin et du Centre Hospitalier où la chirurgie a eu lieu :

7. Avez-vous déjà eu des injections épidurales de stéroïdes ou suivi des traitements dans une clinique spécialisée dans les douleurs ?

☐ Oui ☐ Non

Dates de consultations : année / mois / jour année / mois / jour année / mois / jour

Nom et adresse du nom du médecin et de la clinique :

douleurs dans le dos (suite)

8. Avez-vous déjà été traité par un chiropracticien, un physiothérapeute, un kinésithérapeute ou autre spécialiste pour vos douleurs au dos ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquer le nom et l'adresse du médecin (ou des médecins) et de la clinique (ou établissements de santé) :

Quelle partie du dos a été traitée ?

☐ Cou (partie cervicale) ☐ Centre (partie dorsale) ☐ Bas (partie lombaire et/ou lombo-sacrée)

Date de la 1ière visite : ____ / ____ / ____ (année / mois / jour) Date de la dernière visite : ____ / ____ / ____ (année / mois / jour)

Fréquence des visites : _____ par semaine _____ par mois _____ par année

Durée des traitements :

Approximativement, combien de visites depuis la visite initiale : _____

9. Vos tâches professionnelles ou vos activités quotidiennes ont-elles déjà été modifiées ou restreintes en raison de vos problèmes de dos ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire les restrictions, limitations ou modifications :

10. Vos symptômes persistent-ils ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser :

11. Veuillez donner tous les noms et adresses de tous les médecins ou cliniques (autres que ceux indiqués précédemment), ainsi que les dates de consultations :

12. Veuillez inscrire toutes informations pertinentes non déclarées précédemment, ou commentaires additionnels, en lien avec les douleurs au dos. Utilisez une feuille additionnelle si nécessaire.

Je soussigné (e), déclare que les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques et qu'elles serviront de base au contrat d'assurance avec Humania Assurance.

Signature de la personne à assurer : _____

Signature du témoin : _____

Fait à : Signé le : ____ / ____ / ____ (année / mois / jour)