HUMANIA ASSURANCE MD®

Questionnaire concernant les douleurs à la poitrine

Identification

Numéro de police :

Nom de la personne à assurer :

Prénom de la personne à assurer :

Date de naissance :

Section douleurs à la poitrine

1. Avez-vous déjà souffert de douleurs à la poitrine ? Oui ☐ Non ☐

Date de la première crise : année / mois / jour

Date de la dernière crise : année / mois / jour

Intervalle entre les crises :

Durée moyenne :

2. Si vous répondez par l'affirmative à la question 1, la douleur était-elle :

☐ au centre de la poitrine ? ☐ aux deux épaules ou bras ? ☐ au côté gauche de la poitrine ?

☐ accompagnée d'une pression ? ☐ à l'épaule, au bras ou à la main gauche ? ☐ accompagnée de transpiration ?

3. Avez-vous éprouvé la douleur :

☐ en faisant un effort ou de l'exercice ? ☐ en éprouvant une émotion ou en fournissant un effort ?

☐ en étant exposé à des températures froides ? ☐ après les repas ?

4. Avez-vous dû consulter un médecin à cause de la douleur ? Oui ☐ Non ☐

Genre de traitement prescrit :

Quel médicament prenez-vous présentement ?

Combien de temps, après avoir pris le médicament, la douleur disparaît-elle ?

4100-515-fr
2014/03

Douleurs à la poitrine (suite)

5. a) Avez-vous dû arrêter de travailler à cause de la douleur ? Oui ☐ Non ☐

Date de l'arrêt de travail : année / mois / jour Date de retour au travail : année / mois / jour

b) Avez-vous dû être hospitalisé ? Oui ☐ Non ☐

Du : année / mois / jour Au : année / mois / jour

Nom de l'hôpital :

c) Combien de temps a duré votre convalescence ?

Du : année / mois / jour Au : année / mois / jour

d) Avez-vous changé votre mode de vie ou vos habitudes de travail ? Oui ☐ Non ☐

Veuillez préciser :

e) Combien d'heures travaillez-vous par jour ?

6. Quel a été le diagnostic concernant vos douleurs de poitrine ?

7. Avez-vous déjà souffert de : Dans l'affirmative, veuillez donner la date et le nom du médecin consulté :

Palpitations ? Oui ☐ Non ☐ année / mois / jour Nom :

Essoufflement ? Oui ☐ Non ☐ année / mois / jour Nom :

Tension artérielle ? Oui ☐ Non ☐ année / mois / jour Nom :

Douleurs à la poitrine (suite)

8. Veuillez donner les noms et adresses de tous les médecins consultés :

9. a) Faites-vous usage de tabac sous quelque forme que ce soit ? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, veuillez préciser et indiquer la quantité quotidienne :

b) Avez-vous déjà fait usage de tabac ? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, quand avez-vous fait usage de tabac pour la dernière fois ?

Je soussigné 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.

Fait à : le : _____ / _____ / _____
année / mois / jour

Signature de la personne à assurer _____

Signature du témoin _____

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6