

# DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

## DEMANDE EN RETARD POUR :


 Régimes de soins médicaux et de voyages

OU

 Adhésion Régime d'invalidité de longue durée

Employeur (ministère, hôpital, district scolaire ou organisme)				N° d'assurance sociale		N° de la police	
Nom du candidat / de la candidate				Sexe		Adresse	
Date de naissance				Taille exacte		Poids exact	
Jour	Mois	An.	<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> pi et po	<input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> lb.	Perte de poids de plus de 10 lb (4,5 kg) au cours des 12 derniers mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						Si oui, indiquer la perte de poids _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb. La raison:	

1. **A** Nom et adresse du dernier conseiller médical que vous avez consulté.  
**B** Date et raison de la dernière consultation.  
**C** Traitement institué ou médicaments prescrits?

	Oui	Non	
2. Avez-vous déjà consulté un médecin ou un professionnel de la santé pour ce qui suit ou en avez-vous quelque symptôme? Préciser le trouble, s'il y a lieu.			<b>Donner des détails sur les réponses affirmatives. Inscrivez le numéro de la question, encercler ce qui exige des précisions et donner les dates, le traitement et le diagnostic.</b>
<b>A</b> Troubles des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge? (à l'exception du port de lunettes, du rhume, de maux de gorge mineurs et de la grippe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b> Maux de tête violents, étourdissements, évanouissements, perte de connaissance, convulsions, épilepsie, troubles de la parole, paralysie, accident cérébro-vasculaire, état dépressif, dépression nerveuse, anxiété grave, troubles mentaux ou autres troubles du système nerveux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>C</b> Hypertension, palpitation, douleur au niveau du coeur ou de la poitrine, respiration difficile, angine, maladie coronarienne, fièvre rhumatismale, souffle cardiaque ou autres troubles du coeur ou des vaisseaux sanguins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>D</b> Toux ou enrouement persistants, crachement de sang, asthme, pleurésie, bronchite, tuberculose ou autre affection des poumons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>E</b> Ulcère de l'estomac ou du duodénum, troubles digestifs répétés, jaunisse, calculs biliaires, colite, saignement, douleur ou autres troubles de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie, des intestins ou du rectum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>F</b> Sucre, albumine ou sang dans l'urine, maladie transmise sexuellement, calculs rénaux, coliques ou autres affections du rein, de la vessie ou des organes génitaux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>G</b> Arthrite, goutte, rhumatisme, sciatique, malformation ou affection des articulations ou des membres; troubles de la colonne vertébrale, y compris dégénérescence de disques, douleur au cou ou au dos, traumatisme du dos, usage d'un collier cervical ou d'une prothèse quelconque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>H</b> Cancer ou autre tumeur, hypertrophie d'une glande ou maladie de la peau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>I</b> Diabète, maladie de la glande thyroïde ou autres troubles endocriniens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>J</b> Syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA), para-SIDA ou tout autre désordre immunologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>K</b> Autre maladie, malaise, blessure, opération ou hospitalisation non mentionnés ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait usage de boissons alcooliques? Si oui, répondre aux questions a) à d).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) Fréquence de consommation (quotidienne, hebdomadaire) b) Nombre de consommations à chaque occasion c) Date de la dernière consommation d) Avez-vous subi un traitement en rapport avec la consommation d'alcool (y compris l'affiliation à un cercle de A.A.)?
4. Au cours des 10 dernières années, avez-vous, sans ordonnance médicale, fait usage d'héroïne, de morphine ou d'autres narcotiques, de barbituriques, d'amphétamines ou de drogues à effet psychique (marijuana, L.S.D., etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette, des cigarillos ou de la marijuana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Vous a-t-on déjà fait subir un test de dépistage du virus du SIDA? Si oui, donner raisons et résultats.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Avez-vous déjà demandé de l'assurance-vie ou de l'assurance-maladie qu'on vous a refusée, qu'on a modifiée de quelque façon ou pour laquelle une surprime a été exigée? Si oui, donner date, raison et nom de la compagnie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Avez-vous déjà demandé ou reçu une pension ou une indemnité pour maladie ou blessure? Si oui, donner détails et dates.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Avez-vous dû vous absenter du travail au cours des 12 derniers mois en raison d'une maladie? Pendant combien de temps et pourquoi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Devez-vous subir une intervention chirurgicale ou recevoir des soins médicaux, y compris des soins en raison d'une grossesse ou d'infertilité? Si oui, donner détails et dates.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Recevez-vous actuellement des soins médicaux ou prenez-vous des médicaments? Si oui, donner détails.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12. Décrivez votre travail.

13. Salaire (bimensuel  annuel  ) \_\_\_\_\_

**Je déclare que les réponses et énoncés ci-dessus sont complets, exacts et vrais. Si l'une de mes réponses est incomplète ou inexacte, il est entendu que l'assurance accordée peut être annulée.**

Date \_\_\_\_\_ Signature du candidat / de la candidate (à l'encre) \_\_\_\_\_