QUESTIONNAIRE – DOULEURS À LA POITRINE

SSQ, Société d'assurance-vie inc.
1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9

INFORMATIONS GÉNÉRALES	
PRÉNOM	NOM
DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE CONTRAT

1. Avez-vous déjà souffert de douleurs à la poitrine? ☐ OUI ☐ NON

   Date de la première crise : _____ Date de la dernière crise : _____

   Intervalle entre les crises : _____ Durée moyenne : _____

2. Si vous répondez par l'affirmative à la question 1, la douleur est-elle:
   ☐ à l'épaule, au bras ou à la main gauche ☐ au centre de la poitrine ☐ au côté gauche de la poitrine
   ☐ aux deux épaules ou bras ☐ accompagnée de transpiration ☐ accompagnée d'une pression

3. Avez-vous éprouvé la douleur :
   ☐ en faisant un effort ou de l'exercice ☐ en étant exposé à des températures froides
   ☐ en éprouvant une émotion ou en fournissant un effort ☐ après les repas

4. Avez-vous consulté 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? _____

5. a) Avez-vous arrêté de travailler à cause de la douleur? ☐ OUI ☐ NON
   Date de l'arrêt de travail : _____ Date de retour au travail : _____

   b) Avez-vous été hospitalisé? ☐ OUI ☐ NON
   Du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____

   c) Combien de temps a duré votre convalescence? Du _____ au _____

   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 _____

   Essouflement ☐ OUI ☐ NON _____

   Tension artérielle ☐ OUI ☐ NON _____

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 Si oui, quantité quotidienne _____

   b) Avez-vous déjà fait usage de tabac? _____ ☐ OUI ☐ NON Si oui date du dernier usage _____

Je certifie, par la présente, que les déclarations et réponses susmentionnées sont complètes et véridiques et je comprends et reconnais qu'elles font partie intégrante de ma proposition d'assurance.

SIGNATURE DU TÉMOIN	SIGNATURE DE L'ASSURÉ
NOM DU TÉMOIN	DATE