

Veillez remplir le bloc 1 et/ou 2 selon votre situation et le bloc 3 en tout temps

Nom et prénom de l'assuré \_\_\_\_\_

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de naissance

Numéro de contrat ou de proposition \_\_\_\_\_

### Troubles de santé mentale ou du comportement – Bloc 1

#### 1. Quelle est la nature des troubles de santé mentale ou du comportement ?

Veillez cocher la(les) case(s) appropriée(s) :

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dépression  | <input type="checkbox"/> Anxiété/trouble de panique                             | <input type="checkbox"/> Insomnie                       |
| <input type="checkbox"/> Trouble d'adaptation  | <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel (lié au travail ou à l'école) | <input type="checkbox"/> Trouble obsessionnel compulsif |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité  | <input type="checkbox"/> Choc ou stress post-traumatique                        | <input type="checkbox"/> Maladie bipolaire              |
| <input type="checkbox"/> Psychose  | <input type="checkbox"/> Schizophrénie  |   |
| <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention<br>avec ou sans hyperactivité    | <input type="checkbox"/> Trouble alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie)  |   |
| <input type="checkbox"/> Autre trouble de santé mentale ou du comportement, précisez : _____ |   |   |

#### 2. Pour chaque condition diagnostiquée, veuillez compléter le tableau ci-dessous pour chaque épisode :

Condition	Date de début	Date de fin
_____	A   A   A   A   M   M	A   A   A   A   M   M
_____	A   A   A   A   M   M	A   A   A   A   M   M
_____	A   A   A   A   M   M	A   A   A   A   M   M
_____	A   A   A   A   M   M	A   A   A   A   M   M
_____	A   A   A   A   M   M	A   A   A   A   M   M

#### 3. Avez-vous consulté des médecins ou des thérapeutes pour l'une des conditions mentionnées ci-haut? Oui Non

Si oui, veuillez fournir les informations suivantes :

Condition : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation : \_\_\_\_\_

Date de la dernière consultation et résultat : \_\_\_\_\_

Date de la prochaine consultation : \_\_\_\_\_

Fréquence des consultations : \_\_\_\_\_

Condition : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation : \_\_\_\_\_

Date de la dernière consultation et résultat : \_\_\_\_\_

Date de la prochaine consultation : \_\_\_\_\_

Fréquence des consultations : \_\_\_\_\_

**3. Avez-vous consulté des médecins ou des thérapeutes pour l'une des conditions mentionnées ci-haut ? (suite)**

Condition : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Date de la première consultation : \_\_\_\_\_  
Date de la dernière consultation et résultat : \_\_\_\_\_  
Date de la prochaine consultation : \_\_\_\_\_  
Fréquence des consultations : \_\_\_\_\_

**4. Prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments pour l'une des conditions mentionnées ci-haut ?  Oui  Non**

Si oui, veuillez compléter le tableau ci-dessous :

Condition	Médicament/posologie	Date de début	Date de fin
		A   A   A   A   M   M	A   A   A   A   M   M
		A   A   A   A   M   M	A   A   A   A   M   M
		A   A   A   A   M   M	A   A   A   A   M   M

**5. Votre médication a-t-elle été modifiée au cours des 12 derniers mois ?  Oui  Non**

Si oui, veuillez préciser les modifications : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Avez-vous déjà été hospitalisé pour l'une des conditions mentionnées ci-haut ?  Oui  Non**

Si oui, veuillez compléter le tableau ci-dessous :

Nom de l'hôpital	Raisons	Date de début	Date de fin
		A   A   A   A   M   M	A   A   A   A   M   M
		A   A   A   A   M   M	A   A   A   A   M   M
		A   A   A   A   M   M	A   A   A   A   M   M

**7. Avez-vous déjà eu des idées suicidaires ou fait des tentatives de suicide ?  Oui  Non**

Si oui, veuillez compléter le tableau suivant :

	Dates ou périodes
Idées suicidaires	
Tentatives de suicide	

**8. Avez-vous dû vous absenter du travail/école ou eu des limitations dans votre horaire de travail ou dans vos occupations régulières ?  Oui  Non**

Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Condition	Absences/limitations	Date de début	Date de fin
		A   A   A   A   M   M	A   A   A   A   M   M
		A   A   A   A   M   M	A   A   A   A   M   M

## 9. Quel est votre état actuel ?

Précisez :

Condition	État actuel
	<input type="checkbox"/> Complètement rétabli : date des derniers symptômes <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="checkbox"/> Séquelles : précisez :
	<input type="checkbox"/> Complètement rétabli : date des derniers symptômes <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="checkbox"/> Séquelles : précisez :
	<input type="checkbox"/> Complètement rétabli : date des derniers symptômes <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="checkbox"/> Séquelles : précisez :
	<input type="checkbox"/> Complètement rétabli : date des derniers symptômes <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="checkbox"/> Séquelles : précisez :

## 10. Informations additionnelles

---

---

---

---

---

---

---

---

## Troubles du développement – Bloc 2

### 1. Quelle est la nature des troubles du développement ?

Veuillez cocher la(les) case(s) appropriée(s) :

- Déficience intellectuelle     Syndrome de Down     Troubles du spectre de l'autisme  
 Autre trouble du développement : précisez : \_\_\_\_\_

### 2. Date du diagnostic

### 3. Avez-vous consulté des médecins ou des thérapeutes pour l'une des conditions mentionnées ci-haut ? Oui Non

Si oui, veuillez fournir les informations suivantes :

Condition : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation : \_\_\_\_\_

Date de la dernière consultation et résultat : \_\_\_\_\_

Date de la prochaine consultation : \_\_\_\_\_

Fréquence des consultations : \_\_\_\_\_

Condition : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation : \_\_\_\_\_

Date de la dernière consultation et résultat : \_\_\_\_\_

Date de la prochaine consultation : \_\_\_\_\_

Fréquence des consultations : \_\_\_\_\_

**4. Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des médicaments pour l'une des conditions mentionnées ci-haut ?**  Oui  Non

Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Condition	Médicament/posologie	Date de début	Date de fin
		A   A   A   A   M   M	A   A   A   A   M   M
		A   A   A   A   M   M	A   A   A   A   M   M

**5. Comparativement à une personne du même âge que vous, êtes-vous en mesure d'effectuer sans aide les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique ?**  Oui  Non

Si non, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Avez-vous besoin d'adaptation ou de soutien particulier pour effectuer un travail rémunérateur ou pour fréquenter un établissement scolaire ?**  Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Informations additionnelles**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Déclaration et signature (doit être signé en tout temps) – Bloc 3**

**1. Déclaration**

Je certifie avoir bien compris toutes les questions ci-dessus et que les réponses données sont véridiques et complètes. De plus, je consens à ce qu'elles fassent partie intégrante du contrat demandé.

**X**

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré (signature du père, de la mère ou du tuteur légal si l'assuré est mineur)

| A | A | A | A | M | M | J | J |

\_\_\_\_\_  
Date de signature