

ANNEXE « D »

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nom _____	Prénom _____
Numéro de dossier _____	
Adresse _____	
Code postal _____	Téléphone _____

I) HISTOIRE MÉDICALE PERSONNELLE

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous des problèmes ou symptômes suivants?
(Si oui, remplir les cases appropriées)

	Antérieurement	Actuellement	Commentaires
Tête, nez, bouche & gorge			
Saignement du nez fréquent			
Congestion nasale fréquente			
Voix rauque sans rhume			
Difficulté à avaler			
Perte de goût ou de l'odeur			
Oreilles et acuité auditive			
Diminution de l'audition			
Utilisation de prothèses auditives			
Vertige - étourdissement			
Sifflement des oreilles			
Yeux et vision			
Glaucome			
Cataracte			
Blessure aux yeux			
Irritation des yeux (démangeaison)			
Chirurgie des yeux			
Port de lunettes correctrices			
Port de lentilles de contact			
Système gastro-intestinal			
Douleurs abdominales persistantes			
Vomissement de sang			
Ulcère			
Hépatite			
Jaunisse			
Selles noirâtres - sang dans les selles			
Constipation persistante			
Diarrhée persistante			
Hémorroïdes			
Système urinaire			
Pierres au rein			
Maladie des reins			
Sang dans les urines			
Urines fréquentes			
Système cardiovasculaire			
Douleurs ou serrements à la poitrine			
Palpitations ou trouble du rythme			
Haute pression artérielle			
Jambes enflées (œdème)			
Souffle cardiaque			
Maladie vasculaire			
Maladie cardiaque (angine - crise cardiaque)			
Système pulmonaire			
Essoufflement			
Sueurs nocturnes persistantes			
Toux matinale avec crachats			
Toux avec crachats de sang			
Pneumonie			
Asthme			
Tuberculose			
Emphysème			
Système musculo-squelettique			
Arthrite - arthrose			
Douleurs articulaires - musculaires			
Bursite ou tendinite			
Douleurs au cou ou cervicales			
Douleurs ou problèmes de l'épaule			
Douleurs ou problèmes de dos			

	Antérieurement	Actuellement	Commentaires
Système musculo-squelettique			
Douleurs aux poignets - mains - coudes			
Douleurs ou problèmes de genoux			
Douleurs de pieds ou de chevilles			
Troubles psychologiques – humeur			
Problème de drogue ou d'alcool			
Tentative de suicide			
Dépression			
Anxiété			
Trouble de l'attention			
Attaque de panique			
Claustrophobie			
Peur des hauteurs			
Système endocrinien – métabolique			
Diabète			
Hypoglycémie			
Maladie de la glande thyroïde			
Système neurologique			
Maux de tête			
Convulsion, épilepsie			
Perte de connaissance - évanouissement			
Engourdissement - faiblesse des membres			
Tremblement			
Peau			
Eczéma			
Éruption cutanée			
Urticaire			
Maladies infectieuses			
Sida ou VIH positif			
Rhumatisme articulaire aigu			
Sang - système lymphatique			
Anémie			
Maladies hémorragiques			
Transfusions sanguines			
Oncologie (cancer)			
Cancer (spécifiez type)			
Chirurgie			
Radiothérapie			
Chimiothérapie			
Système reproducteur homme			
Masse (bosse) testiculaire			
Système reproducteur femme			
Masse (bosse) au niveau des seins ou aisselles			
Douleurs menstruelles sévères			
Date des dernières menstruations:			
Autres conditions (spécifiez) :			

II) HOSPITALISATION

Avez-vous déjà été hospitalisé? (Si oui, remplir les cases appropriées)

	1 ^{re} fois	2 ^e fois	3 ^e fois
Raison (diagnostic)			
Date (mois/année)			
Nom du Centre hospitalier			

III) INDEMNISATION

Avez-vous déjà demandé ou reçu des prestations ou paiement d'indemnités en raison d'une blessure, maladie, invalidité ou accident d'automobile? (Si oui, remplir les cases appropriées)

Date (mois/année)	Nature de la blessure (diagnostic)	Type de traitement	Type de séquelles
Commentaires:			

IV) ALLERGIESAvez-vous des allergies? Non Oui Précisez : _____
_____**V) MÉDICATION**Prenez-vous des médicaments? Non Oui Précisez : _____
_____**VI) ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES FAMILIAUX**

Maladies	Père	Mère	Frères/sœurs
Maladie cardiaque			
Hypertension artérielle			
Maladie pulmonaire			
Asthme			
Diabète			
Migraine			
Rhumatisme - arthrite			
Dépression - anxiété - suicide			
Alcoolisme			
Cancer			
Autres maladies (spécifiez)			

VII) HABITUDES DE VIE PERSONNELLES1) Fumeur : Non Oui Nombre de cigarettes/jour : _____Ancien fumeur : Non Oui Si oui, nombre d'années comme fumeur : _____2) Alcool : Non Oui Quantité :
 + de 2 verres/jour
 1-2 verres/jour
 Occasionnellement3) Thé – café : Non Oui Nombre de tasses/jour : _____4) Drogues : Non Oui Précisez : _____

5) Veuillez quantifier votre niveau de stress en général.

 Aucun Faible Moyen Élevé Excessif6) Pratiquez-vous une activité physique? Non Oui Fréquence Moins 1 heure/semaine
 1 heure à 5 heures/semaine
 + de 5 heures/semaineQue(s) type(s) d'activité(s) physique(s) pratiquez-vous? _____

_____**J'atteste que les renseignements ci-dessus sont vrais au meilleur de ma connaissance. Je suis conscient(e) que toute fausse déclaration concernant les renseignements fournis dans ce questionnaire médical pourrait annuler ma demande d'admission à l'École nationale de police du Québec.**_____
Signature du candidat_____
Date