

**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
<b>Tête, nez, bouche &amp; gorge</b>			
Saignement du nez fréquent			
Congestion nasale fréquente			
Voix rauque sans rhume			
Difficulté à avaler			
Perte de goût ou de l'odeur			
<b>Oreilles et acuité auditive</b>			
Diminution de l'audition			
Utilisation de prothèses auditives			
Vertige - étourdissement			
Sifflement des oreilles			
<b>Yeux et vision</b>			
Glaucome			
Cataracte			
Blessure aux yeux			
Irritation des yeux (démangeaison)			
Chirurgie des yeux			
Port de lunettes correctrices			
Port de lentilles de contact			
<b>Système gastro-intestinal</b>			
Douleurs abdominales persistantes			
Vomissement de sang			
Ulcère			
Hépatite			
Jaunisse			
Selles noirâtres - sang dans les selles			
Constipation persistante			
Diarrhée persistante			
Hémorroïdes			
<b>Système urinaire</b>			
Pierres au rein			
Maladie des reins			
Sang dans les urines			
Urines fréquentes			
<b>Système cardiovasculaire</b>			
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)			
<b>Système pulmonaire</b>			
Essoufflement			
Sueurs nocturnes persistantes			
Toux matinale avec crachats			
Toux avec crachats de sang			
Pneumonie			
Asthme			
Tuberculose			
Emphysème			
<b>Système musculo-squelettique</b>			
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
<b>Système musculo-squelettique</b>			
Douleurs aux poignets - mains - coudes			
Douleurs ou problèmes de genoux			
Douleurs de pieds ou de chevilles			
<b>Troubles psychologiques – humeur</b>			
Problème de drogue ou d'alcool			
Tentative de suicide			
Dépression			
Anxiété			
Trouble de l'attention			
Attaque de panique			
Claustrophobie			
Peur des hauteurs			
<b>Système endocrinien – métabolique</b>			
Diabète			
Hypoglycémie			
Maladie de la glande thyroïde			
<b>Système neurologique</b>			
Maux de tête			
Convulsion, épilepsie			
Perte de connaissance - évanouissement			
Engourdissement - faiblesse des membres			
Tremblement			
<b>Peau</b>			
Eczéma			
Éruption cutanée			
Urticaire			
<b>Maladies infectieuses</b>			
Sida ou VIH positif			
Rhumatisme articulaire aigu			
<b>Sang - système lymphatique</b>			
Anémie			
Maladies hémorragiques			
Transfusions sanguines			
<b>Oncologie (cancer)</b>			
Cancer (spécifiez type)			
Chirurgie			
Radiothérapie			
Chimiothérapie			
<b>Système reproducteur homme</b>			
Masse (bosse) testiculaire			
<b>Système reproducteur femme</b>			
Masse (bosse) au niveau des seins ou aisselles			
Douleurs menstruelles sévères			
Date des dernières menstruations:			
<b>Autres conditions (spécifiez) :</b>			

## II) HOSPITALISATION

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

	1 <sup>re</sup> fois	2 <sup>e</sup> fois	3 <sup>e</sup> 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) ALLERGIES**Avez-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 PERSONNELLES**

- 1) 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  
 Occasionnellement
- 3) 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  Excessif
- 6) Pratiquez-vous une activité physique? Non  Oui  Fréquence  Moins 1 heure/semaine  
 1 heure à 5 heures/semaine  
 + de 5 heures/semaine

Que(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