

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Veuillez répondre à toutes les questions soit en cochant « oui » ou « non » soit en donnant les précisions nécessaires.

.. Numerotation	Question	Réponse
	1. Quelle est votre activité professionnelle ?	Avocat
	2. Avez-vous déjà fait une demande d'assurance de personnes qui a été refusée, ajournée ou acceptée avec une surprime ou une clause d'exclusion ?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
	3. Voyagez-vous ou envisagez-vous de voyager dans un pays en dehors de l'Union Européenne ?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
	4. Avez-vous des activités sportives ou de loisirs considérées comme dangereuses (alpinisme, spéléologie, parachutisme, autres sports aériens, compétitions auto ou moto etc.) ?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
	5. Veuillez introduire votre poids et votre taille	80 (kg) / 180cm V
	6. Connaissez-vous votre tension artérielle ?	<input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	6.1. Veuillez introduire votre tension habituelle	14 / 08 V
	6.2. Veuillez introduire vos derniers chiffres de tension	13 / 09 V
	7. Consommez-vous ou avez-vous consommé des boissons alcoolisées (bière, vin, alcool, etc.) pendant les 6 derniers mois ?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
	8. Fumez-vous (cigarettes, cigares, pipes) ou avez-vous fumé durant les 12 derniers mois ?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
	9. Consommez-vous ou avez-vous consommé des stupéfiants (cannabis, cocaïne, héroïne, LSD, etc.) au cours des 5 dernières années ?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
	10. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection ou avez-vous consulté un médecin qui a constaté une affection nécessitant ou ayant nécessité un suivi médical et/ou un traitement médical pendant plus de plus de 3 semaines consécutives (ne pas prendre en compte : les traitements tels que les médicaments pouvant être obtenus sans prescription médicale et les médicaments contre les allergies) ?	<input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	10.1. Affections de l'appareil respiratoire:: asthme, bronchite chronique, sinusite, emphysème, tuberculose, pneumonie, pleurésie ou autres ?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
	10.2. Affections de l'appareil cardiovasculaire ou circulatoire : hypertension, souffle cardiaque, palpitations ou troubles du rythme, angine de poitrine, infarctus, insuffisance cardiaque, hémorragie cérébrale, embolie ou thrombose cérébrale, artérite, phlébite, varices ou autres ?	<input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	10.2.1. Hypotension?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
	10.2.2. Hypertension ?	<input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	10.2.2.1. Etes-vous actuellement en traitement ou votre traitement est-il terminé depuis moins de 5 ans ?	<input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	10.2.3. Souffle cardiaque ?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
	10.2.4. Palpitations ou troubles du rythme ?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
	10.2.5. Angine de poitrine, infarctus, insuffisance cardiaque ?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
	10.2.6. Hémorragie cérébrale, embolie ou thrombose cérébrale ?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non