



SPECIAL QUESTIONNAIRE FOR MIGRAINES (HEADACHES)

Name in full: _____ Applicant:
Identification number: _____ Dependent:

1- Date of first occurrence: _____ Date of last occurrence: _____
2- Frequency: _____
3- Duration: Intermittent Constant Brief Sustained
4- Area of pain: Forehead Top Back Sides
5- Associated symptoms or indications: Please specify:
a) Vision, field of vision, double vision _____
b) Numbness, stinging _____
c) Muscular weakness _____
d) Nausea, vomiting _____
e) Dizziness, loss of hearing _____
f) Difficulty walking or keeping your balance _____
g) Abnormal tiredness _____
h) Kidney disease _____
j) Convulsions _____
j) Hypertension _____
6- Are your headaches related to:
a) nervous tension c) medications e) other specify: _____
b) allergies d) menstrual cycle _____
7- Have you undergone or will you undergo tests? Yes No If yes:
Date and reason: _____
Diagnosis: _____
Prescribed treatment: _____
Name and address of physician: _____

STATEMENT

I hereby declare that all statements and answers to the above questions are complete and true and agree that they be used as the basis for the insurance contract requested.
Date: _____
Witness: _____ Insured: _____

QUESTIONNAIRE CONCERNANT LES MIGRAINES (MAUX DE TÊTE)

Nom et prénom : _____ Adhérent :

Numéro de référence : _____ Personne à charge :

1- Date du premier symptôme : _____ Date du dernier : _____

2- Fréquence : _____

3- Durée : intermittente continue brève prolongée

4- Localisation de la douleur : au front dessus derrière côtés

5- Symptômes ou indications associés : Veuillez préciser :

a) Vision, champ de la vision, double vision	<input type="checkbox"/>	_____
b) Engourdissements, picotements	<input type="checkbox"/>	_____
c) Faiblesse musculaire	<input type="checkbox"/>	_____
d) Nausées, vomissements	<input type="checkbox"/>	_____
e) Étourdissements, perte de l'ouïe	<input type="checkbox"/>	_____
f) Difficulté à marcher ou à garder l'équilibre	<input type="checkbox"/>	_____
g) Fatigue anormale	<input type="checkbox"/>	_____
h) Maladie des reins	<input type="checkbox"/>	_____
i) Convulsions	<input type="checkbox"/>	_____
j) Tension artérielle élevée	<input type="checkbox"/>	_____

6- Vos maux de tête sont-ils reliés à :

a) tension nerveuse <input type="checkbox"/>	c) médicaments <input type="checkbox"/>	e) autre <input type="checkbox"/> spécifiez : _____
b) allergies <input type="checkbox"/>	d) cycle menstruel <input type="checkbox"/>	

7- Avez-vous passé ou devez-vous passer des tests ? Oui Non Si oui :

Date et raison : _____

Diagnostic : _____

Traitement prescrit : _____

Nom et adresse du médecin : _____

DÉCLARATION

Je déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et qu'elle fera partie de ma demande d'assurance auprès de la Croix Bleue.

Date : _____

Témoin : _____ Assuré : _____