

Questionnaire de santé

- 1** Avez-vous actuellement besoin de l'aide d'une tierce personne ou éprouvez vous des difficultés pour accomplir un ou plusieurs des actes suivants : la toilette, l'habillage, l'alimentation, le transfert (s'asseoir, se lever, se coucher), le déplacement ? OUI NON
- 2** Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié de prestations de type invalidité ou une demande de cette nature est-elle en cours: pension d'invalidité civile (versée par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé) ou militaire, pension d'incapacité à l'exercice de la profession, allocation adulte handicapé, pension d'accident du travail ou maladie professionnelle, anticipation de retraite pour raison de santé ou d'une liquidation de celle-ci au titre d'une incapacité ? OUI NON
- 3** Bénéficiez-vous d'une exonération du ticket modérateur par votre régime obligatoire au titre d'une affection de longue durée (mention 100 % indiquée sur l'attestation Vitale) ou avez-vous une demande en cours ? OUI NON
- 4** Présentez-vous une infirmité, des séquelles de maladies ou d'accidents antérieurs limitant vos capacités physiques ou mentales dans la vie courante ou dans la vie professionnelle ? OUI NON
- 5** Suivez-vous un traitement médical continu ou êtes-vous sous surveillance régulière en raison d'une affection de quelque nature que ce soit, excepté tout traitement isolé contre l'excès de cholestérol dans le sang ? OUI NON
- 6** Devez-vous être hospitalisé(e), ou passer une consultation ou des examens spécialisés dans un but diagnostique ? OUI NON
- 7** Avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel ou contraint d'interrompre une activité même non rémunérée sur prescription médicale pour raison de santé pendant plus de 21 jours consécutifs au cours des 5 dernières années ? OUI NON
- 8** Séjournez-vous actuellement ou avez-vous séjourné, au cours des 5 dernières années dans un établissement hospitalier, pour un motif autre qu'une ablation de la vésicule biliaire, ou de l'appendice ou d'hémorroïdes, ou d'une cure de hernie inguinale, ou encore une opération des varices ? OUI NON
- 9** Avez-vous été atteint(e) ou êtes-vous atteint(e) d'une affection cancéreuse, rhumatismale, ostéo-articulaire, cardio-vasculaire, psychiatrique, digestive, rénale, respiratoire, d'un diabète de troubles visuels (autres que myopie, astigmatisme, presbytie ou hypermétropie), d'une maladie neuro-dégénérative, neurologique ou d'une maladie du système nerveux central ? OUI NON