

## COLITIS QUESTIONNAIRE

NAME OF APPLICANT: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

POLICY #: \_\_\_\_\_ REFERENCE #: \_\_\_\_\_

- 1 What type of colitis do you have (ulcerative colitis, crohn's disease, irritable bowel syndrome)?  
\_\_\_\_\_
- 2 Date of diagnosis: \_\_\_\_\_
- 3 How often do you get attacks (weekly, monthly, yearly)? \_\_\_\_\_
- 4 Average duration of an attack? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 5 Severity of attacks (mild, moderate, severe)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 6 Have you ever missed work because of this (details if yes - when, how long)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 7 Ever hospitalized (when and for how long)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 8 Any loss of weight? \_\_\_\_\_ How much? \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_
- 9 Date of last attack? \_\_\_\_\_
- 10 Type of treatment with details (medication, any use of steroids)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 11 Has any surgery been performed or planned and if yes the nature of the surgery? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 12 Is this condition improving over time, or getting worse? \_\_\_\_\_
- 13 Current status? \_\_\_\_\_
- 14 Is further follow-up required or planned? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 15 Doctor with most of the records (include address and phone number if possible)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I declare my answers and statements indicated above have been correctly recorded and to the best of my knowledge and belief, are complete and true.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE SUR LA COLITE

NOM DU PROPOSANT : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

N° DE POLICE : \_\_\_\_\_ N° DE RÉFÉRENCE : \_\_\_\_\_

- 1 De quel type de colite souffrez-vous (colite ulcéreuse, maladie de Crohn, syndrome du côlon irritable)?  
\_\_\_\_\_
- 2 Date du diagnostic : \_\_\_\_\_
- 3 Fréquence des crises (hebdomadaire, mensuelle, annuelle)? \_\_\_\_\_
- 4 Durée moyenne des crises? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 5 Gravité des crises (légère, modérée, grave) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 6 Vous êtes-vous déjà absenté du travail à cause de cette affection (dans l'affirmative, précisez les dates et la durée)?  
\_\_\_\_\_
- 7 Avez-vous déjà été hospitalisé (dates et durée)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 8 Avez-vous perdu du poids? \_\_\_\_\_ Combien? \_\_\_\_\_ Quand? \_\_\_\_\_
- 9 Date de la dernière crise? \_\_\_\_\_
- 10 Type de traitement et précisions (médicaments, usage de stéroïdes)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 11 Avez-vous déjà subi une chirurgie ou une chirurgie est-elle prévue? Dans l'affirmative, indiquez la nature de la chirurgie?  
\_\_\_\_\_
- 12 Avec le temps, y a-t-il eu amélioration ou aggravation de cette affection? \_\_\_\_\_
- 13 État actuel? \_\_\_\_\_
- 14 D'autres suivis sont-ils nécessaires ou prévus? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 15 Nom du médecin principal (adresse et numéro de téléphone dans la mesure du possible)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je déclare que les réponses et déclarations ci-dessus ont été correctement consignées et que, à ma connaissance, elles sont exactes et complètes.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_