

# EPILEPSY QUESTIONNAIRE

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

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

Please answer the following questions. Include as much information as you can. You **do not** need to take this form to a doctor.

**1** Type of epilepsy:     Petit Mal     Grand Mal  
  
 Other    Specify type \_\_\_\_\_

**2** Date epilepsy was diagnosed \_\_\_\_\_

**3** Approximate number of seizures since diagnosed     Under 5     6 - 20     21 - 30     Over 30

**4** Dates of last 3 seizures \_\_\_\_\_

**5** Are you presently on medication?     Yes     No

Names of medications \_\_\_\_\_

**6** If not currently on medication, advise if you were on medication in the past, the type and date it was discontinued.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7** Do you hold a valid automobile driver's license?     Yes     No

**8** Provide your full occupational duties including percentage of manual labour.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 L'ÉPILEPSIE

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

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

Veillez répondre aux questions suivantes en donnant le plus de renseignements possible. Vous **n'avez pas** à apporter le présent formulaire à un médecin.

1 Type d'épilepsie :  Petit mal  Grand mal

Autre Précisez le type : \_\_\_\_\_

2 Date à laquelle l'épilepsie a été diagnostiquée : \_\_\_\_\_

3 Nombre approximatif de crises depuis le diagnostic :  Moins de 5  Entre 6 et 20  Entre 21 et 30  Plus de 30

4 Dates des trois dernières crises : \_\_\_\_\_

5 Prenez-vous des médicaments actuellement?  Oui  Non

Nom des médicaments : \_\_\_\_\_

6 Si vous ne prenez aucun médicament actuellement, veuillez indiquer si vous en avez déjà pris et, le cas échéant, préciser le genre de médicament et la date à laquelle vous avez cessé d'en prendre.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7 Possédez-vous un permis de conduire valide?  Oui  Non

8 Donnez la description complète de vos fonctions professionnelles ainsi que le pourcentage de travail manuel?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_