

## APPLICANT'S STRESS / ANXIETY / DEPRESSION 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** When did your symptoms start? \_\_\_\_\_

Number of episodes? \_\_\_\_\_

Date: First episode: \_\_\_\_\_ Most recent episode: \_\_\_\_\_

**2** What was the cause or diagnosis given to you by a doctor? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3** Any suicidal ideation  Yes  No

If "yes" give details \_\_\_\_\_

**4** Have you ever required any time off work or hospitalization for your condition?  Yes  No

Date off work: \_\_\_\_\_ Duration: \_\_\_\_\_

Date of hospitalization: \_\_\_\_\_ Duration: \_\_\_\_\_

**5** Have you ever required any medication for your condition?  Yes  No

Name: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_

Date prescribed: \_\_\_\_\_

How long did you take it? \_\_\_\_\_

Are you still taking medication?  Yes  No

**6** Were you referred to a psychiatrist?  Yes  No

Psychiatrist's Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Frequency of consultations: \_\_\_\_\_ Date of last consultation: \_\_\_\_\_

**7** Name of doctor or hospital that has all your records: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

**8** What is your current status (stable, resolved, still under treatment)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 PORTANT SUR LE STRESS, L'ANXIÉTÉ ET LA DÉPRESSION

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 présenter ce formulaire à un médecin.

**1** Quand vos symptômes ont-ils débuté? \_\_\_\_\_

Nombre d'épisodes? \_\_\_\_\_

Dates : Premier épisode : \_\_\_\_\_ Dernier épisode : \_\_\_\_\_

**2** Cause ou diagnostic mentionné par votre médecin : \_\_\_\_\_

**3** Avez-vous eu des idées suicidaires?  Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez. \_\_\_\_\_

**4** Votre état a-t-il nécessité un arrêt de travail ou une hospitalisation?  Oui  Non

Date d'arrêt de travail : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

Date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

**5** Devez-vous prendre des médicaments pour votre état?  Oui  Non

Nom : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_

Date de l'ordonnance : \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps prenez-vous ce médicament? \_\_\_\_\_

Prenez-vous toujours ce médicament?  Oui  Non

**6** Avez-vous été référé à un psychiatre?  Oui  Non

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Fréquence des consultations : \_\_\_\_\_ Date de la dernière consultation : \_\_\_\_\_

**7** Quel médecin ou hôpital aurait tous vos dossiers? \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**8** Quel est votre état actuel (stable, rétabli, toujours en traitement)? \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_