

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 or psychologist (which one)? Yes No

Psychiatrist's and/or psychologist'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 Vous a-t-on orienté vers un psychiatre ou un psychologue (lequel des deux)? Oui Non

Nom du psychiatre ou du psychologue : _____

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 _____