

APPLICANT'S STRESS / ANXIETY / DEPRESSION QUESTIONNAIRE

TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN

NAME OF APPLICANT: _____ DATE OF BIRTH: _____

POLICY #: _____ REFERENCE #: _____

Please answer the following questions. Include as much information as you can.

1 When did symptoms start? _____
Number of episodes? _____
Date: First episode: _____ Most recent episode: _____

2 What was the cause: _____

3 Circle any applicable: stress / anxiety / depression / other

4 Has the patient ever required any time off work or hospitalization for this condition? Yes No
Date off work: _____ Duration: _____
Date of hospitalization: _____ Duration: _____

5 Any suicidal ideation Yes No
If "yes" give details _____

6 Has the patient ever required any medication for this condition? Yes No
Name: _____
Dosage: _____
Date prescribed: _____
How long did the patient take the medication? _____
Is the patient still taking medication? Yes No

7 Ever referred to a psychiatrist? Yes No
Psychiatrist's Name: _____
Address: _____
Frequency of consultations: _____ Date of last consultation: _____

8 What is current status (stable, resolved, still under treatment)? _____

Date: _____ Signature of Examiner: _____

Address: _____

Phone Number: (_____) _____

QUESTIONNAIRE PORTANT SUR L'ANXIÉTÉ, LA DÉPRESSION ET LE STRESS À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

NOM DU PROPOSANT : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

N° DE POLICE : _____ N° DE RÉFÉRENCE : _____

Veuillez répondre aux questions ci-dessous en donnant le plus de précisions possible.

1 Quand les symptômes ont-ils commencé à se manifester? _____

Nombre d'épisodes : _____

Date du premier épisode : _____ Date du dernier épisode : _____

2 Quelle était la cause : _____

3 Encerclez toute cause applicable : stress / anxiété / dépression / autre

4 Le patient a-t-il déjà été hospitalisé ou cessé de travailler en raison de cette condition? Oui Non

Date de l'arrêt de travail : _____ Durée : _____

Date de l'hospitalisation : _____ Durée : _____

5 Des idées suicidaires? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez. _____

6 Le patient a-t-il déjà pris des médicaments pour cette condition? Oui Non

Nom du médicament : _____

Dose : _____

Date de l'ordonnance : _____

Depuis combien de temps le patient prend-il ce médicament? _____

Le patient prend-il toujours un médicament? Oui Non

7 Le patient a-t-il déjà été référé à un psychiatre? Oui Non

Nom du psychiatre : _____

Adresse : _____

Fréquence des consultations : _____ Date de la dernière consultation : _____

8 Quel est l'état actuel du patient (stable, rétabli, toujours en traitement)? _____

Date: _____ Signature : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone _____