

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.
Durant les 12 derniers mois :

		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

A ce jour :

		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Ce questionnaire est confidentiel et ne doit être remis qu'à un médecin si nécessaire.
