



MEDICAL QUESTIONNAIRE – QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Surname – Nom de famille		Given name(s) – Prénom(s)		SN – NM	Unit phone no. – N° téléphone de l'unité
Rank – Grade	Sex – Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB – Date de naissance	MOC – GPM	Parent Unit – Unité d'appartenance	

PART 1 – PARTIE 1 : PAST MEDICAL HISTORY – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Have you had / Éprouvez-vous parfois l'un des phénomènes suivants :

	No Non	Occa- sional De temps à autre	Frequent Fréquem- ment		No Non	Occa- sional De temps à autre	Frequent Fréquem- ment
Chest pain / pressure Douleur ou pression à la poitrine				Back pain – Mal de dos			
Shortness of breath – Essoufflement				Painful / swollen / stiff joints Jointures douloureuses, enflées, ou raides			
Irregular / rapid heart beat Rythme cardiaque irrégulier ou rapide				Leg cramp / pain Crampe ou douleur aux jambes			
Weakness, dizziness Faiblesse ou étourdissement				Vaginal discharge – Pertes vaginales			
Wheezing – Sifflement asthmatique				Irregular menstruation Menstruations irrégulières			
Chronic cough – Toux chronique				Weight loss / gain – Perte ou gain de poids			
Hoarseness – Enrouement				Weakness / numbness / tingling in extremities Faiblesse, engourdissement ou picotement dans les membres			
Sore throat – Mal de gorge				Difficulty sleeping – Difficulté à dormir			
Difficulty swallowing – Difficulté à avaler				Changes in mood - Changement d'humeur			
Nausea and / or vomiting Nausées ou vomissements				Allergies			
Indigestion				Bleeding associated with – Saignement :			
Abdominal cramps / pain Crampe ou douleur abdominale				a. spitting or coughing en crachant ou en toussant			
Change in appetite / thirst Changement d'appétit ou de soif				b. a bowel movement en évacuant les intestins			
Diarrhea / constipation Diarrhée ou constipation				c. urination – en urinant			
Change in appearance of stool Changement dans l'aspect de vos selles				Heat / cold intolerance Intolérance à la chaleur ou au froid			
Transient loss of coordination / control of fine movement of hands Perte passagère de coordination ou de contrôle de votre dextérité manuelle				Loss of memory – Perte de mémoire			
Transient confusion – Confusion passagère				Easily fatigued Faible résistance, fatigue rapide			
Frequent / painful urination Miction fréquente ou douloureuse							
Urinary discharge – Écoulement urinaire							

**PART 2 – PARTIE 2 : RECENT MEDICAL HISTORY
 PROBLÈMES DE SANTÉ RÉCENTS**

**Have you had recently (In the past year):
 Avez-vous éprouvé, récemment (au cours de la
 dernière année), l'un des phénomènes suivants :**

	No Non	Yes Oui
Fever / chills / night sweats Fièvre, frissons, sueurs nocturnes		
Persistent headaches – Maux de tête persistants		
Persistent swollen glands Gonflement persistant des ganglions		
Change in vision – Changement de la vue		
Change in hearing – Changement de l'ouïe		
New skin growths Nouvelles excroissances sur la peau		
Change in colour / shape of skin moles / warts Changement de couleur ou de forme de grains de beauté ou de verrues		
Tendency to bruise or bleed easily Tendance à vous faire des bleus ou à saigner facilement		

**PART 3 – PARTIE 3 : FAMILY HISTORY
 ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX**

**Does a blood relative have a history of:
 Est-ce que l'un de vos parents consanguins
 a souffert de l'une des maladies suivantes :**

	No Non	Yes Oui	Who Qui
Diabetes – Diabète			
Gout – Goutte			
High Blood Pressure – Hypertension artérielle			
Heart Problems – Problèmes cardiaques			
Cancer			
Stroke – Attaque de paralysie			
Depression or other psychiatric problems Dépression ou autre maladie psychiatrique			
Any other significant diseases Toute autre maladie importante			

PART 4 – PARTIE 4 :

RISK PROFILE CHECK – VÉRIFICATION DU PROFIL DE RISQUE

A. Marital Status (Please specify) – Situation de famille (Veuillez préciser)
 Single – Célibataire Married – Marié(e) Widowed – Veuf(ve) Separated – Séparé(e) Divorced – Divorcé(e)

B. Stress / Etat de tension At the present time, are you concerned, pre-occupied or worried about any of the following:
 En ce moment-ci, êtes-vous préoccupé ou inquiet au sujet de l'une des choses suivantes :

	No Non	Yes Oui	If yes, specify briefly – Si oui, expliquer brièvement
Personal / family relationships Vos relations interpersonnelles ou familiales			
Work / professional relationships Votre travail ou vos relations professionnelles			
Financial problems – Des problèmes financiers			
Other issues – D'autres problèmes			

C. Personal Habits – Habitudes personnelles

1. Smoking status / Consommation de tabac Never smoked / N'a jamais fumé Ex-smoker / Ancien fumeur Current smoker / Fume actuellement Pipe Cigar / Cigare Cigarette

If EX-SMOKER, how long has it been since you last smoked? How much did you smoke per day? For how many years?
 Si ANCIEN FUMEUR, quand avez-vous fumé la dernière fois? Combien fumiez-vous par jour? Pendant combien d'années?

If CURRENT SMOKER, how much do you smoke per day? For how many years? Are you trying to quit? Yes / Oui No / Non
 Si FUME ACTUELLEMENT, combien fumez-vous par jour? Depuis combien d'années? Essayez-vous d'arrêter?

2. Do you drink alcohol? / Buvez-vous de l'alcool? No / Non Yes / Oui Daily intake / Quantité par jour _____ or / ou Weekly intake / Quantité par semaine _____

(a) Have you ever felt you should cut down on your drinking? – Avez-vous déjà senti que vous deviez diminuer votre consommation d'alcool? Yes / Oui No / Non

(b) Have people annoyed you by criticizing your drinking? – Cela vous a-t-il déjà irrité de vous faire critiquer sur votre façon de consommer de l'alcool? Yes / Oui No / Non

(c) Have you ever felt badly or guilty about your drinking? – Vous êtes-vous déjà senti mal ou coupable au sujet de votre consommation d'alcool? Yes / Oui No / Non

(d) Have you ever had a drink first thing in the morning (eye opener) to steady your nerves or to get rid of a hangover? Yes / Oui No / Non
 En vous levant le matin, avez-vous déjà consommé de l'alcool pour stabiliser vos nerfs ou pour vous débarrasser de votre gueule de bois?

3. Do you exercise regularly? / Faites-vous régulièrement de l'exercice? No / Non Yes / Oui Hours per day / Nombre d'heures par jour _____ Hours per week / Nombre d'heures par semaine _____

4. If you participate in sports, specify: / Si vous pratiquez des sports, dites lesquels :

5. What medications do you currently take? / Quels médicaments prenez-vous actuellement?

6. Have you been treated in the past year for what you consider a significant condition? / Au cours de la dernière année, avez-vous été traité pour des problèmes de santé que vous jugez sérieux?
 No / Non Yes (if yes, please give details): / Oui (Si oui, dites de quoi il s'agissait) :

7. Are you allergic to any medication? / Êtes-vous allergique à certains médicaments? No / Non Yes (if yes, specify): / Oui (Si oui, précisez) :

D. Do you have concerns you want to bring to the attention or discuss with a medical officer? / Avez-vous des inquiétudes dont vous voudriez faire part à un médecin ou dont vous souhaiteriez discuter avec lui? No / Non Yes (if yes, specify): / Oui (Si oui, précisez) :

(Signature of Member – Signature du militaire) (Date)

PART 5 – PARTIE 5 :

SUMMARY OF ANCILLARY INVESTIGATIONS TESTS
 SOMMAIRE DES RÉSULTATS DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Height / Taille ► (cm) Weight / Poids ► (Kg) BP / Tension artérielle ► / Total Cholesterol / Cholestérol total _____

VISUAL ACUITY: / ACUÏTÉ VISUELLE: Without glasses – Sans verres With glasses – Avec verres **URINALYSIS – ANALYSE D'URINE**

R / L / R / L / A. dipstick – par bandelette réactive _____

D / G / D / G / B. microscopic – au microscope _____

PART 6 – PARTIE 6 :

MEDICAL OFFICER'S REVIEW – RÉVISION PAR LE MÉDECIN

1. Is the medical category and/or limitations still valid? – Le profil médical et/ou les restrictions valent-ils toujours? No / Non Yes / Oui

2. Is an interview required? – Une entrevue est-elle requise? No / Non Yes / Oui

Remarks – Remarques :

(Signature of Medical Officer – Signature du médecin) (Date)