### 

### 9780, rue Sherbrooke Est Montréal (Québec) H1L 6N6 Téléphone (514) 337-2555 Télécopieur (514) 337-8892

FORMULAIRE D’APPLICATION POUR LE MINISTÈRE

(QUESTIONNAIRE MÉDICAL)

C o n f i d e n t i e l

# Renseignements personnels

Nom de famille :  Prénom :  Autre nom :

Adresse :

Ville :  Province :  Code postal :

Téléphone :  Cellulaire :

Adresse courriel :

Date de naissance :  Lieu de naissance :

No. Assurance social :  Citoyenneté :

Occupation :      **Historique familial et médical**

# Historique familial

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lien de parenté | Année de naissance | État de santé général | Année de décès | Âge lors du décès | Cause du décès |
| Père |  |  |  |  |  |
| Mère |  |  |  |  |  |
| Sœur |  |  |  |  |  |
| Frère |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Je suis le       enfant dans une famille de       enfants.

Avez-vous connaissance de maladies physiques ou de désordres mentaux de nature héréditaire dans votre proche parenté (ex. diabète, tuberculose, crise de cœur, dépression, etc.)?

# Bilan médical

Veuillez compléter le questionnaire suivant consciencieusement, afin de pouvoir estimer votre aptitude au service missionnaire.

Pour quelles raisons êtes-vous allé consulter un médecin dans les cinq dernières années?

Avez-vous déjà été hospitalisé?  Oui  Non

Donnez des détails.

Approximativement, combien de jours d’absence pour maladie avez-vous pris au travail dans les cinq dernières années? Quelle était la nature de la maladie?

Avez-vous dû changer d’emploi pour des raisons de santé?  Oui  Non

Si oui, indiquez la nature de ce problème.

Avez-vous déjà été soumis aux rayons-X, au radium ou d’autres traitements spécialisés?  Oui  Non Si oui, quels ont été les résultats?

Aimez-vous les sports?  Oui  Non Si oui, lesquels?

Avez-vous souffert d’insomnie?  Oui  Non

Êtes-vous fatigué facilement ou devenez-vous facilement déprimé?  Oui  Non

Raison d’études intensives?  Oui  Non

Autres raisons ou circonstances :

Avez-vous déjà souffert de problèmes spirituels, de dépression ou de désordres mentaux?  Oui  Non Si oui, lesquels :

Avez-vous déjà été traité par un psychiatre?  Oui  Non Si oui, écrivez son nom et son adresse :

Souffrez-vous d’asthme, d’allergies, de maladies de la peau ou de maux de tête, de maladie des oreilles, du dos, des pieds, d’indisposition en voyage, d’étourdissement ?  Oui  Non Si oui, de quoi souffrez-vous :

Êtes-vous adonné aux narcotiques (drogues, alcool, nicotine, tranquillisant, etc.) ?

Oui  Non Expliquez :

Y avez-vous été adonné dans le passé?  Oui  Non

Donnez des détails :

Faites une liste de toutes les maladies majeures ou d’enfance, les accidents, les interventions chirurgicales que vous avez eus, incluant les problèmes de santé que vous vivez.

Y a-t-il des informations supplémentaires dont nous devrions être informés?

Vous considérez-vous en santé et apte au travail?  Oui  Non

Si nécessaire, expliquez :

Écrivez votre nom :

Date :

J’atteste que les informations contenues dans ce document sont exactes et véridiques.