ANNEXE « D »

Questionnaire médical

<u>Au candidat</u> : <u>DÉTAILLER</u> les points positifs au questionnaire.
Des informations incomplètes peuvent occasionner un retard dans le traitement du dossier.
<u>Au médecin examinateur</u> : vérifier et commenter les points positifs de façon claire et pertinente.

IMPORTANT - À LIRE AVANT DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE : cet examen médical a pour but de déterminer si le candidat est porteur d'une condition qui pourrait affecter sa capacité d'accomplir de façon sécuritaire et efficace les tâches du programme de formation initiale en patrouille-gendarmerie, incluant le maniement d'armes à feu.

N.B. La forme masculine utilisée dans ce questionnaire inclut le féminin.

1	Identification

Dossier N° : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
(rue) (app.)

_____
(ville) (province) (code postal)

Téléphone : _____
(maison)

_____
(travail ou cellulaire)

Courriel : _____

Date de naissance : _____
(année) (mois) (jour)

Âge : _____ Sexe : M ☐ F ☐

Avez-vous déjà complété un questionnaire médical ou passé un examen médical pour l'École nationale de police du Québec?

Oui ☐ Non ☐

Initiales du candidat : _____

<u>Au candidat :</u> <u>DÉTAILLER</u> les points positifs au questionnaire.
Des informations incomplètes peuvent occasionner un retard dans le traitement du dossier.
<u>Au médecin examinateur</u> : vérifier et commenter les points positifs de façon claire et pertinente.

2 Antécédents personnels

Pour toutes réponses positives, fournir les informations demandées

		Oui	Non	N°	Commentaires
1 -	Avez-vous déjà été hospitalisé? Si oui, détailler.	☐	☐	1 -	Mois/année :
					Pourquoi :
2 -	Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ayant entrainée des séquelles permanentes et/ou limitations fonctionnelles? Si oui, détailler.	☐	☐	2 -	Mois/année :
					Pourquoi :
					Décrire les séquelles permanentes / limitations :
3 -	Recevez-vous **actuellement** des traitements médicaux ou prenez-vous des médicaments? Si oui, détailler.	☐	☐	3 -	Pourquoi?
					Genre de traitement et/ou médication :
4 -	Avez-vous déjà eu des limitations fonctionnelles temporaires? Si oui, détailler.	☐	☐	4 -	Mois/année :
					Description des limitations :
5 -	Avez-vous déjà eu un accident de travail ayant entrainé des limitations fonctionnelles permanentes? Si oui, détailler.	☐	☐	5 -	Mois/année :
					Décrire le fait accidentel :
					Durée de l'arrêt de travail/étude :
					Décrire les limitations fonctionnelles :

Initiales du candidat :

Commentaires :

<u>Au candidat :</u> <u>DÉTAILLER</u> les points positifs au questionnaire.
Des informations incomplètes peuvent occasionner un retard dans le traitement du dossier.
<u>Au médecin examinateur</u> : vérifier et commenter les points positifs de façon claire et pertinente.

3	Revue de systèmes	Êtes-vous actuellement en traitement ou avez-vous déjà été traité pour l'une ou l'autre des maladies suivantes? Cocher la réponse et encercler la maladie, la blessure ou le symptôme et détailler.

		Oui	Non	N°	Commentaires
6 -	**Troubles visuels :**	☐	☐	6 -	
	a) Glaucome, cataracte, décollement de la rétine, cécité? Si oui, détailler.				
	b) Portez-vous des verres correcteurs ou des lentilles?	☐	☐		
	c) Avez-vous déjà subi une chirurgie aux yeux? Si oui, donner la date : ____/____/____ (année mois jour)	☐	☐		
	d) Avez-vous de la difficulté à distinguer les couleurs?	☐	☐		
7 -	**Troubles auditifs** : ex. surdité, écoulement, bourdonnement, port d'un appareil auditif? Si oui, détailler.	☐	☐	7 -	
8 -	**Troubles gastro-intestinaux** : ex. hépatite, hernie, colite, diarrhée chronique? Si oui, détailler.	☐	☐	8 -	
9 -	**Troubles cardiaques** : ex. angine, infarctus, palpitations, insuffisance cardiaque, souffle au cœur? Si oui, détailler.	☐	☐	9 -	
10 -	**Troubles des vaisseaux sanguins** : ex. varices, enflure ou froideur aux pieds ou aux mains, obstruction des artères, phlébite, embolie pulmonaire? Si oui, détailler.	☐	☐	10 -	
11 -	**Troubles des bronches et poumons** : ex. asthme, bronchite chronique, pneumonie, sillements, toux fréquente, essoufflement? Si oui, détailler.	☐	☐	11 -	
12 -	**Apnée du sommeil** :			12 -	
	a) Avez-vous déjà fait l'objet d'un diagnostic d'apnée du sommeil?	☐	☐		
	b) Avez-vous déjà souffert de haute pression?	☐	☐		

Initiales du candidat : ____

Commentaires :

<u>Au candidat :</u> <u>DÉTAILLER</u> les points positifs au questionnaire.
Des informations incomplètes peuvent occasionner un retard dans le traitement du dossier.
<u>Au médecin examinateur</u> : vérifier et commenter les points positifs de façon claire et pertinente.

		Oui	Non	N°	Commentaires
13 -	**Troubles des reins ou de la vessie :** ex : insuffisance rénale, sang, protéines ou sucre dans l'urine?	☐	☐	13 -	
14 -	**Troubles du système nerveux** : ex : convulsions, vertiges, épilepsie, paralysie, maux de tête importants, tremblements, perte de connaissance, commotion cérébrale, dyslexie ou autres troubles cognitifs? Si oui, détailler.	☐	☐	14 -	
15 -	**Troubles de santé mentale** : ex : insomnie, anxiété, dépression, perte de mémoire, phobie, trouble de panique, psychose, trouble de déficit de l'attention? Si oui, détailler.	☐	☐	15 -	Mois/année : Arrêt de travail/étude? Si oui, durée : Hospitalisation? Médication :
16 -	**Troubles musculo-squelettiques** :				
	a) douleur articulaire, arthrite, atrophie musculaire, amputation, raideur ou perte de force aux épaules, coudes, poignets, mains, hanches, genoux, chevilles, pieds? Si oui, détailler.	☐	☐	16a -	
	b) Difficulté à marcher sur une surface inégale, à monter des escaliers, à se tenir sur un escalier, à s'agenouiller, à exécuter des mouvements des poignets, des bras? Si oui, détailler.	☐	☐	16b -	
17 -	**Troubles du dos et de la colonne vertébrale** : ex : douleur au dos, hernie discale, difficulté à se pencher, à transporter des objets lourds, à tourner ou fléchir le cou ou à maintenir la tête dans la même position longtemps? Si oui, détailler.	☐	☐	17 -	Mois/année : Description du problème : Arrêt de travail/étude? Si oui, durée : Traitement :
18 -	**Troubles du syst. Dermato / Immunologique** : ex : psoriasis, eczéma, urticaire? Si oui, détailler.	☐	☐	18 -	Traitement : Arrêt de travail/étude? Si oui, durée :
19 -	**Troubles du système sanguin** : ex : anémie, trouble de la coagulation, leucémie, etc.? Si oui, détailler.	☐	☐	19 -	
20 -	**Troubles du système endocrinien** : ex : trouble de la thyroïde, des surrénales? Si oui, détailler.	☐	☐	20 -	
21 -	Avez-vous déjà été traité ou êtes-vous traité pour : Si oui, détailler.			21 -	
	- Cancer?	☐	☐		
	- Haute pression?	☐	☐		
	- Allergies : médicaments, latex, aliments, autres?	☐	☐		
	- Diabète?	☐	☐		
22 -	Un médecin vous a-t-il déjà recommandé un traitement ou une opération quelconque que vous avez décidé de ne pas subir?	☐	☐	22 -	Mois/année : Genre de traitement ou opération :

Initiales du candidat :

Commentaires :

<u>Au candidat :</u> <u>DÉTAILLER</u> les points positifs au questionnaire.
Des informations incomplètes peuvent occasionner un retard dans le traitement du dossier.
<u>Au médecin examinateur</u> : vérifier et commenter les points positifs de façon claire et pertinente.

4	Habitudes de vie	Pour toutes réponses positives, fournir les informations demandées

		Oui	Non	N°	Commentaires
23 -	Faites-vous usage de substances qui pourraient altérer votre jugement, vigilance, capacité physique ou concentration au travail? (ex : alcool, drogues, médicaments, boissons énergisantes)	☐	☐	23 -	
24 -	Avez-vous une limitation à travailler sur un horaire de rotation ou sur un horaire particulier? Si oui, détailler.	☐	☐	24 -	

Commentaires :

IMPORTANT : LIRE ET SIGNER

Je consens à subir un examen médical y compris les analyses de laboratoire, les radiographies et autres tests complémentaires requis. J'autorise le médecin examinateur à transmettre les conclusions pertinentes de ces examens à l'École nationale de police du Québec et j'autorise également la transmission de mon dossier complet au service de santé de l'École lorsque requis par ce dernier.

J'ai relu mes réponses à chacune des questions contenues dans le présent questionnaire et je certifie qu'elles sont, à ma connaissance, complètes et véridiques. Toute fausse déclaration de ma part concernant les renseignements fournis pourrait annuler ma demande d'admission à l'École nationale de police du Québec.

_____ _____/_____/_____ _____

Signature du candidat — jour mois année — Signature du témoin (MD/inf.)