

## USAGE DE TABAC QUESTIONNAIRE

T. 514 327-0020 / 1 800 465-5818

F. 1 877 627-9313 / 514 327-6242

iaexcellence.com

### 1 INFORMATION DE BASE

Nom	Prénom	No de contrat
Téléphone		
Date de naissance		<input type="checkbox"/> Adhérent(e) <input type="checkbox"/> Personne à charge
Occupation		

### 2 USAGE DE TABAC (Les présentes déclarations font partie intégrante de la police.)

Avez-vous déjà fait usage de tabac ?  
 Oui     Non    Si OUI, veuillez préciser :

Forme (cigarettes, cigares, pipe, tabac à mâcher, drogues, cigarette électronique, autre - préciser)	Quantité par jour	Pendant combien de temps (date/nombre d'années)	Si arrêté l'usage de tabac : (dates de l'usage)	
			De	À

**Si vous ne faites plus usage de tabac :**  
 Date à laquelle vous avez arrêté :     A     M     J

Avez-vous refait usage de tabac à l'occasion, depuis la date à laquelle vous avez arrêté?     Oui     Non    Si OUI, veuillez préciser :

Avez-vous arrêté sur recommandation du médecin?     Oui     Non    Si OUI, veuillez répondre ci-dessous.

**L'arrêt de l'usage de tabac est-il relié à une maladie :**

**Troubles respiratoires?** (asthme, bronchite chronique, emphysème, crachements de sang ou autres troubles respiratoires) :     Oui     Non  
 Si OUI, svp compléter questionnaire troubles pulmonaires.

**Troubles cardio-vasculaires?**  
 (Douleurs dans la poitrine, palpitations, souffle au coeur, crise cardiaque ou autre trouble du coeur ou des vaisseaux sanguins) :     Oui     Non  
 Si OUI, svp compléter questionnaire troubles cardiovasculaires

### 3 IDENTIFICATION DU MÉDECIN (si applicable)

Nom	Prénom	Téléphone
Adresse		Télécopieur
No permis	<input type="checkbox"/> Omnipraticien <input type="checkbox"/> Spécialiste, précisez :	

\* Veuillez remplir la section IDENTIFICATION DU MÉDECIN seulement si vous avez cessé l'usage du tabac sur recommandation d'un médecin.

Signature de l'assuré(e)	Date
--------------------------	------