

QUESTIONNAIRE MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE
TROUBLES DÉPRESSIFS
à remplir par le médecin traitant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

1) Diagnostic exact :

2) Troubles présentés :

- Symptômes :
- Facteurs favorisants :
- Date d'apparition :
- Durée :
- Date de guérison :

3) Antécédents familiaux :

- Dépression : quelle(s) parenté(s) ? :
- Autolyse : quelle(s) parenté(s) ? :

4) Arrêts de travail :

- Date :
- Durée :
- Date de reprise des activités à plein temps :

5) Traitement :

- Médicamenteux :
- Autres (psychothérapie, psychanalyse, sismothérapie, ...) :
- Durée :
- Est-il toujours en cours ? :
- Résultats :

6) Hospitalisation(s) :

- Date(s) :
- Durée(s) :
- Traitement(s)/résultat(s) :

7) Autolyse :

- Tentatives (nombre, époques) :
- Idées suicidaires :

8) Evolution de l'origine à ce jour :

- Date, nature et résultats des examens spéciaux effectués :

9) Etat actuel :

10) Alcoolisation éventuelle associée :

11) Pronostic :

- Remarques éventuelles :

12) Autres affections présentées jusqu'à ce jour (nature, dates, traitements) :

oui non

Fait à :

le :

Cachet et signature du médecin

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e)
et remis en main propre, pour usage conforme à la loi.