

APPLICANT'S BLOOD PRESSURE QUESTIONNAIRE

NAME OF APPLICANT: _____ DATE OF BIRTH: _____

POLICY #: _____ REFERENCE #: _____

Please provide the answers to the following questions. Include as much information as you can. You **do not** need to take this form to a doctor.

- 1 Date you were diagnosed with high blood pressure _____
- 2 Have you had a systolic (top reading) blood pressure over 180 in the past 2 years? Yes No
- 3 Have you had a diastolic (bottom reading) blood pressure over 100 in the past 2 years? Yes No
- 4 Date of onset of treatment for high blood pressure: _____
- 5 What medicines are you currently taking for high blood pressure? _____
Names and dosage? _____
- 6 How often has your doctor checked your blood pressure in the last six months? _____
What was the last value? _____
- 7 If you don't know the last value, did the doctor say it was "normal", "slightly elevated", or "still not well controlled"?
 Normal Slightly Elevated Still Not Well Controlled
- 8 Do you measure your own blood pressure at home? Yes No
What range of values do you get? _____
- 9 What is your cholesterol level? _____
- 10 Have you had an electrocardiogram in the last 3 years? Yes No
If 'yes' reason for _____
Was it normal? Yes No
- 11 Do you smoke cigarettes? Yes No If yes, how many cigarettes a day? _____
- 12 Family History: Father's age (if alive) _____ or age at and cause of death _____
Mother's age (if alive) _____ or age at and cause of death _____
Do you have any brothers or sisters who have heart disease, diabetes, cancer or kidney disease? Yes No
Provide details: _____

- 13 Name and address of your doctor: _____

I declare my answers and statements indicated above have been correctly recorded and to the best of my knowledge and belief, are complete and true.

Date _____ Signature _____

QUESTIONNAIRE RELATIF À LA TENSION ARTÉRIELLE DU PROPOSANT

NOM DU PROPOSANT : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

N° DE POLICE : _____ N° DE RÉFÉRENCE : _____

Veillez répondre aux questions ci-dessous en donnant le plus de précisions possible. Vous **n'avez pas** à faire remplir le présent formulaire par un médecin.

- 1 Date à laquelle on a diagnostiqué votre hypertension artérielle _____
- 2 Vous a-t-on dit au cours des deux dernières années que votre tension systolique (première valeur) était supérieure à 180? Oui Non
- 3 Vous a-t-on dit au cours des deux dernières années que votre tension diastolique (seconde valeur) était supérieure à 100? Oui Non
- 4 Date du début du traitement pour l'hypertension : _____
- 5 Quels médicaments prenez-vous présentement contre l'hypertension? _____
Noms et doses _____
- 6 Combien de fois votre médecin a-t-il vérifié votre tension artérielle au cours des six derniers mois? _____
Quelle était votre tension artérielle la dernière fois où votre médecin l'a mesurée? _____
- 7 Si vous ne savez pas quelle était votre tension artérielle lors de la dernière lecture, votre médecin vous a-t-il dit qu'elle était « normale », « légèrement élevée » ou « pas encore bien contrôlée »?
 Normale Légèrement élevée Pas encore bien contrôlée
- 8 Prenez-vous vous-même votre tension artérielle à domicile? Oui Non
Dans l'affirmative, quelles sont les valeurs minimales et maximales que vous avez mesurées? _____

- 9 Quel est votre taux de cholestérol? _____
- 10 Avez-vous passé un électrocardiogramme au cours des trois dernières années? Oui Non
Dans l'affirmative, indiquez pourquoi. _____
Était-il normal? Oui Non
- 11 Fumez-vous la cigarette? Oui Non Dans l'affirmative, combien par jour? _____
- 12 Antécédents familiaux :
Âge du père (s'il est vivant) _____ **ou** âge au décès et cause du décès _____
Âge de la mère (si elle est vivante) _____ **ou** âge au décès et cause du décès _____
Avez-vous des frères ou des sœurs qui souffrent d'une maladie du cœur, du diabète, du cancer ou d'une maladie des reins? Oui Non
Donnez tous les détails. _____
- 13 Nom et adresse de votre médecin : _____

Je déclare que les réponses et déclarations ci-dessus ont été correctement consignées et que, à ma connaissance, elles sont exactes et complètes.

Date _____ Signature _____